بسم ا   الرحمن الرحيم

الجامعة الإسلامية بغزة
عمادة الدراسات العليـا
كليـة التربيـــة
قسـم علـم النفــس

"الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي في قطاع غزة في ضوء بعض المتغيرات"

رسالة ماجستير

مقدمة من الباحث
نبيل محمد محمد جودة

إشراف
أ.د. سـمير قوته

رسالة مقدمة لقسم علم النفس بكلية التربية بالجامعة الإسلامية كمتطلب تكميلي لنيل درجة الماجستير في الصحة النفسية

2008م- 1429هـ

بسم الله الرحمن الرحيم

وَوَصَّيْنَا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ حَمَلَتْهُ أُمُّهُ وَهْنًا عَلَىٰ وَهْنٍ وَفِصَالُهُ فِي عَامَيْنِ أَنِ اشْكُرْ لِي

وَلِوَالِدَيْكَ إِلَيَّ الْمَصِيرُ (14) وَإِنْ جَاهَدَاكَ عَلَىٰ أَنْ تُشْرِكَ بِي مَا لَيْسَ لَكَ بِهِ عِلْمٌ فَلَا تُطِعْهُمَا ۖ

وَصَاحِبْهُمَا فِي الدُّنْيَا مَعْرُوفًا ۖ وَاتَّبِعْ سَبِيلَ مَنْ أَنَابَ إِلَيَّ ۚ ثُمَّ إِلَيَّ مَرْجِعُكُمْ فَأُنَبِّئُكُمْ بِمَا كُنْتُمْ

تَعْمَلُونَ (15)

صدق الله العظيم

لقمان أية (14-15)

إهـــــــداء

إلى روح والدي وإخواني رحمهما ا

إلى والدتي وإخوتي وزوجتي وأبنائي

إلى كل من ساهم في هذا الجهد المتواضع

سائلا المولى عز وجل أن يتقبله وينفع به
إنه نعم المولى ونعم النصير

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن الفروق في الاتجاهات الوالدية بين مرضى الفصام العقلي وبين مجموعة من الأشخاص الأسوياء،كما هدفت إلى معرفة الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي في ضوء بعض المتغيرات كالعمر ،الجنس،السكن،المستوى التعليمي،الحالة الاجتماعية،وعامل المواطنة،وهل المريض مراجع بالعيادة الخارجية أم نزيل مستشفى،ووجهة نظر الأبناء في معاملة أبائهم وأمهاتهم لهم.

وقد تم اختيار عينة عشوائية تتكون من (40)شخصا من مرضى الفصام العقلي من المراجعين والمنومين في مستشفى الطب النفسي بمدينة غزة-النصر،من الذكور والإناث تمثل 20% من المجتمع الأصلي في مستشفى الطب النفسي بمدينة غزة.

كما تم اختيار عينة عشوائية من الأشخاص الأسوياء تتكون من (50)شخصا من الذكور والإناث.

ولجمع المعلومات تم استخدام قائمة شيفر للمعاملة الوالدية ،حيث تم استخدامه كأداة قياس رئيسية في الدراسة الحالية،وقد تم أخذ بعض الأبعاد وهي / التقبل،الرفض،عدم الاتساق،التساهل،التساهل الشديد،تلقين القلق الدائم،وانسحاب العلاقة .

وقد بينت نتائج الدراسة وجود فروق جوهرية بين الأشخاص الأسوياء ومرضى الفصام العقلي في الاتجاهات الوالدية لصالح مجموعة الأسوياء،كما لوحظ عدم وجود فروق جوهرية في الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي في ضوء بعض المتغيرات الأخرى كالعمر ،الجنس،السكن،المستوى التعليمي،الحالة الاجتماعية،وعامل المواطنة،وهل المريض مراجع بالعيادة الخارجية أم نزيل مستشفى،ووجهة نظر الأبناء في معاملة أبائهم وأمهاتهم لهم.

شكـــــر و تقـــدير

الحمد   رب العالمين والصلاة والسلام على سيدنا محمد نبي الهدى والرحمة وسيد المرسلين.

عن أبي الدرداءِ رضِيَ ا ُ عنه قالَ سمِعتُ رسولَ ا ِ صلى ا ُ عليه وسلم يقُولُ من سلك طَريقـاً يبتَغِي فِيهِ عِلْماً سهلَ ا ُ له طَرِيقاً إلى الجنة وإن الملائِكَةَ لتَضع أجنحتَها لِطَالِبِ العِلْمِ رضـاً بمـا يصنَع و إن العالِم ليستَغفِر له من في السمواتِ ومن في الأرض حتى الحِيتَان في المـاءِ وفَـضلُ العالِمِ على العابِدِ كفَضلِ القمرِ على سائِرِ الكَواكِبِ وإن العلماءِ ورثَةُ الأنبِيـاءِ وإن الأنبِيـاء لـم يورثُوا دِيناراً ولا دِرهماً و إنما ورثُوا العِلْم فَمن أَخَذَه أخَذَ بِحظٍ وافِرٍ (رواه أبو داود والترمذي).

مع إتمام هذه الرسالة أقدم الشكر والعرفان والتقدير لأستاذي القدير راعي العلم وطلابه الدكتور سمير قوته ،على ما قدمه لي من علم،ورعاية متواصلة وجهد وتشجيع منـذ أن بـدأت فكـرة الدراسة إلى أن وصلت إلى نهايتها.

و أتقدم بالشكر والعرفان للجامعة الإسلامية لإتاحتها الفرصة لـي لإكمـال دراسـتي ،وأشـكر القائمين على هذه الجامعة ، وأخص بالشكر عميد الدراسات العليا وكلية التربية ورئيس قسم علم النفس وأساتذته على التسهيلات التي قدموها.

كما أتقدم بالشكر لمستشفى الطب النفسي ومديره الدكتور رياض الأقرع الذي كان لـه الـدور المشرف في دعم وتقديم التسهيلات لأبنائه الباحثين.

كما أتقدم بالشكر للعاملين في مستشفى الطب النفسي لإتاحتي الفرصة لتطبيق دراستي على عينة البحث.

وأرجو من ا   سبحانه وتعالى أن أكون قد وفقت في تحقيق الهدف من هذا البحث.

وا   ولي التوفيق

الباحث : نبيل محمد جودة

قائمة المحتويات

قائمة الجداول والمراجع

قائمة الجداول

قائمة ملاحق الدراسة

الفصل الأول

مشكلـــة الدراســة

* المقدمـــــة

* مشكلة الدراســة

* أهداف الدراســة

* أهميــة الدراســة

* مصطلحات الدراسة

* فروض الدراســة

* حــدود الدراســة

مقـدمــة

يعيش الإنسان في المجتمع وتتنوع علاقاته واستجابته نحو الآخرين والأشياء المحيطـة به، وهو في علاقاته واستجاباته مع الآخرين والأشياء، يعبر عن اتجاهات خاصـة بـه تحـدد شخصيته والطريقة التي يسلك بها ولهذا يمكن أن نعتبر الاتجاهات محددات موجهـة وضـابطة ومنظمة للسلوك الاجتماعي عند الفرد، فهي بمثابة أساليب منظمة متسقة في التفكيـر والـشعور ورد الفعل تجاه الناس والجماعات والقضايا الاجتماعية. وتنشأ الاتجاهات عند الفرد من خـلال التفاعل مع البيئة الاجتماعية والتوافق معها، ومن خلال تكون الاتجاهات فإنها تـضفي النظـام على أسلوب ردود أفعالنا وتيسر التوافق الاجتماعي .(الزعبي،2001 :171).

لم ينل موضوع من موضوعات علم النفس الاجتماعي ذلك الاهتمام والدراسة والبحـث الذي ناله موضوع الاتجاهات النفسية لدرجة أن كثيرا من المشتغلين في ميدان علم الـنفس رأوا أن المحور الأساسي لعلم النفس الاجتماعي هو الاتجاهات النفسية. وبذلك كان وما زال الاتجـاه النفسي مجالا خصبا للدراسات والبحوث على جميع المستويات ذلك لأن هذا الموضوع له مـن الأهمية التطبيقية ما له من الأهمية الأكاديمية البحتة.

وهناك وجهة نظر أخرى تزعم بأن الاتجاه النفسي هو الدافعيـة وهـو القيمـة إذ أنـه المحرك الأصلي للإنسان نحو الهدف أو الغرض وكذلك تزعم وجهة النظر هذه بـأن الاتجـاه النفسي هو المحك الذي يستخدمه الفرد في الحكم على مفردات تفاعله مع الآخرين .
وهناك وجهة نظر أخرى ترى أن الاتجاه النفسي هو الأساس الحركي للجماعـات إذ بدونـه لا يمكن أن تحدث عمليات الاتصال والتواصل بين الأفراد لتكوين جماعـات أو بـين الجماعـات لإحداث نسق القيم والمعايير والنماذج الثقافية المختلفة .(السيد وعبد الرحمن ،250:1999).

ولقد ذكر الأشول أن موضوع الاتجاهات في علم النفس تعرض لكثيـر مـن الاهتمـام والدراسة من جهة، كذلك إلى التشويش من جهة أخرى، ولقد عولج هـذا الموضـوع بـصورة واسعة وبمناحي مختلفة على أيدي علماء الاجتماع وعلماء النفس، مما يجعل الدارس قد يساوره بعض من اليأس حين يلج في هذا الكم الواسع من المادة المنشورة لموضوع الاتجاهات. وعلـى الرغم من أن هذا المصطلح يعتبر من الموضوعات الرئيسية والتي نوقشت بصورة واسعة فـي علم النفس الأمريكي المعاصر.(الأشول،1999:169-170).

والواقع أن موضوع الاتجاهات تحتل أهمية خاصة في علم النفس الاجتماعي لأن الاتجاهات النفسية الاجتماعية تعتبر من أهم نواتج عملية التنشئة الاجتماعية، كما أن الاتجاهات تعتبر محددات موجهة ضابطة منظمة للسلوك الاجتماعي.(عبد ا ،63:1996).

إن الفرد يكتسب معظم ميوله واتجاهاته وقيمه ومثله العليا من المجتمع، الذي يعيش فيه أو بالأحرى نتيجة للتفاعل بينة وبين هذا المجتمع، وذلك عن طريق ما يمر به الفرد من خبرات ومواقف منذ طفولته المبكرة، ولا تقتصر علاقة الفرد بالمجتمع على مجرد اكتساب قيم الفرد من المجتمع بل أن المجتمع هو الذي يحدد للفرد الدور الاجتماعي الذي يقوم به، فأما أن يكون قائدا أو مقودا ،كذلك فان الفرد يلعب أدوارا اجتماعية متعددة بتعدد المنظمات الاجتماعية التي يساهم في نشاطها، فهو عضو في أسرة أو نادي أو مسجد أو نقابة وهكذا. (عيسوي،193:1974-198).

وتجمع تعاريف الاتجاهات النفسية كلها على أن الاتجاهات وكذلك المعتقدات مكتسبة أي متعلمة من الثقافة عن طريق عملية التنشئة الاجتماعية ونحن نعرف أن عملية التنشئة الاجتماعية هي عملية إعداد الفرد للحياة في مجتمعه. و يتوقف استمرار الثقافة على تمسك أفراها باتجاهات معينة وأخلاقيات معينة لأنها تكون التوقعات التي تجعل عملية التفاعل بين الأفراد عملية سهلة. وهكذا يمكن اعتبار الاتجاهات والقيم على أنها التمثيل النفسي في داخل الفرد لآثار المجتمع والثقافة، فالفرد يكتسب من مجتمعة ومن ثقافته الاتجاهات النفسية المناسبة نحو الناس والجماعات والمأكولات وغيرها من الأشياء، فهي بذلك ضرورية لتكوينه كانسان. (جلال،151:1984).

والأسرة تقوم بدورها في صياغة وتشكيل صفات أو خصائص شخصية الطفل، حيث أنها تضطلع بمهمة نقل القيم والمعايير السائدة في الوسط الذي يعيش فيه الطفل وينتظر منه أن يمارس دوره من خلاله. ومن ثم فإن معظم أفراد الأسرة يتقاسمون نفس السمات الخلقية الهامة،ويطلق عليها اسم الصفات الاجتماعية وما صفات الطفل الفردية إلا نتاج وتأثيرات بيئية عاشها مع والدية ومن هنا تظهر الأهمية الكبرى للأسرة وما يسودها من اتجاهات وقيم، وما يسود فيها من علاقات تستطيع أن تسهم في تشكيل شخصية الطفل وتوجيه نموه، كما أنها تنتقي من التراث الثقافي بما يحتويه من ذخر هائل من العادات والتقاليد والقيم والاتجاهات ما يوائم ظروفها الخاصة وتاريخها وتقاليدها ومكانتها الاجتماعية والثقافية وتحرص على تنميط سلوك أبنائها وفقا له وفي ضوئه .وعلى هذا النحو تمارس الأسرة دورها في تنشئة الطفل وفي تكوين شخصيته في اتجاهين متداخلين، يتمثل أحدهما في تطبيع الطفل بما يتمشى مع ثقافة الأسرة ذاتها واتجاهات الطبقة أو الوسط الاجتماعي الذي ينتمي إليه.

وتقوم الأسرة بدورها في هذه الناحية عن طريق ما تعارف علماء علم النفس الاجتماعي علـى تسميته بالاتجاهات، فالاتجاهات النفسية للأفراد تعكس مختلف المؤثرات التي يتعرضون لها في حياتهم وتنشئتهم، و من ثم فان الاتجاهات تعتبر محصلة مجموعة من العوامل المتشابكة مثل العمر والمستوى الاقتصادي والاجتماعي والخبرات السابقة، والاتجاهات هي أنمـاط سـلوكية مكتسبة وفي إطار اجتماعي معين.(أبو ناهية ،1989:56-57).

ويتضح مما سبق الإنسان بطبعه اجتماعي فلا يمكن أن يختار حياه لا تعيـر المجتمـع اهتماما فالحياة يجب أن تعتمد على المجموع حيث لا كيان للفرد دون التفاعل مع المجموع حيث ذلك يجعل للفرد قيمة سامية ويخرج فرد صالح سليم ومن هنا فالأسرة التـي تنـشئ الأجيـال يتوجب عليها أن تنسجم في تربيتها وسلوكها مع طبيعة المجتمع الصالح بعيدا عن الانعزال الذي يعتبر عامل أساسي في نمو الأمراض النفسية، حيث الكثير من الأسر لا تلبي استجابات أبنائهـا حيث لا تعدل بين حقوق أبنائها كما وصانا الإسلام، فبعض الأسر قد يرزقها ا بأبناء مصابين بمرض الفصام العقلي فتهتم بهم وتخاف عليهم وتتقبلهم وتشعر بالأسى والقلق والضغط النفـسي وتنتابها الصدمة عليهم، وآخرون يحبسون أبنائهم المرضى في البيت وتمنعهم من الخروج خوفا عليه ،وآخرين ينتابهم الشعور بالحرج والضيق على مصير أبنائهم.

الجنون كلمة عامة لا تعني سوى اضطراب في السلوك و التفكير بعيدا عن مألوف تقاليد المجتمع، فيعتبر البعض الجنون قريبا من العبقرية،وتطلقه بعض المجتمعات على الشواذ منهم و يختلف كل مجتمع في نظرته للجنون، فبعض المجتمعات البدائيـة تحمـي هـؤلاء الأفـراد وتعتبرهم ذوى لمسة مقدسة تستحق الاحترام، و البعض الآخـر يعذبهم لأنهم من أتباع الشيطان و تحوم حولهم الأرواح الشريرة، وفي مجتمعات أخرى يوضع هؤلاء في السجون، وفي البعض الآخـر يعالجون في المستشفيات، ولذا وجب علينا التخلص من هذه الكلمة عند المناقشة العلمية للأمراض الذهانية. (عكاشة ،1998:247).

لقد درج المؤرخون عن المرض العقلي والطب النفسي على الإشارة بحكم العادة ما ورد في شعر و أساطير الإغريق عن نوبات هياج ،أو جنون تصيب من كان يطلق علـيهم تعبيـر الأبطال، ولكنه يبدو مستحيلا في الوقت الحاضر تكوين رأي محدد عن ماهيـة تلـك الحـالات بالنسبة للمرض العقلي ، حسب مفاهيمه الحالية.وقد كان الصرع هو المرض المعروف بـصفة خاصة بين الأمراض العقلية لدى القدماء، حيث كانوا يطلقون عليه اسـم المـرض المقـدس أو الإلهي،وكان قمبيز ملك إيران من الأمثلة البارزة للمصابين به، غيـر أن أبقـراط باستبـصاره

المعهود اعترض على نسبة هذه القدسية أو الإلوهية إلى المرض، و أبدى أنه ككـل الأمـراض الأخرى ينشأ عن سبب طبيعي، وأن الناس إنما يخلعون عليه تلك الصفة تغطية لجهلهم.

ثم أخذ الإغريق بعد قرون عديدة عن قدماء المصريين وطبقوا طرقهم في العنايـة بمرضـى العقل وعلاجهم، ثم أضافوا عليها بعد ذلك من جهدهم الخاص. وربما كانت أول إشارة إلى ذلك هي ما جاء في كتاب الجمهورية لأفلاطون إذ نصح بألا يظهر أي مصاب بالمرض العقلي فـي طرقات المدينة.وفي مستهل العصر المسيحي، دعا أحد العلماء الإغريق إلى استخدام طـريقتين متباينتين لعلاج مرضى العقل، ففي حين أنه كان من ناحية يجد نفعا في استعمال التجويع والتقيد بالأغلال والجلد بالسياط، على زعم أن هذه الوسائل تجعل المريض الممتنع عن الطعـام يعـود لتناوله، وأوصى عالم أخر بالغذاء السخي والاستحمام والمكمدات للمرضى العقليين .وفي القرون الوسطى ترك علاج المرض العقلي في أوروبا في أيدي رجـال الـدين، فـشاعت المعتقـدات الخرافية عن فاعلية السحر، وغيره ثم أنشئت أماكن لحجز المصابين بالمرض، لـم تكـن فـي غالبيتها تستوفي الشروط الصحية بل كان المصابون بـالمرض يتعرضـون للمعالجـة الـسيئة ،وأخفها التقييد بالأغلال المثبتة بالحوائط لفترات قد تصل إلى عشرات السنين (عكاشة،2003:28-25).

تعامل الإغريقيون مع الإنسان على اعتبار أنه مكون من شقين الـنفس والجـسد، وقـد استخدم فلاسفتهم الروح والنفس بمعنى واحد . كما حاول الفلاسفة الطبيعيون أن يقدموا تصورا لماهية النفس، فمنهم من رأى أنها الدم، ومنهم من اعتبرها الحرارة الكائنة في الجـسد ...أمـا الجسد فهو يتكون من الأصول الأربعة للكون : النار والتراب والهواء والماء بنسب متفاوتة. إن رد الاضطرابات النفسية إلى أسباب عضوية لدى أطباء الإغريق يشكل الأساس للاتجاه المـادي الذي ذهب إليه المحدثون من علماء النفس والذي بموجبه يتعاملون مع المرض النفـسي تعامـل الأطباء مع المرض الجسمي .(محمد و مرسي،1986:14-15).

إن المريض العقلي الذهاني فقضيته مختلفة فالاضـطراب يـصيب حياتـه الانفعاليـة والعاطفية والعقلية ،ويصل هذا الاضطراب إلى درجة كبيرة من الاختلال في بعض الحالات مما يجعله غير مسئول من الناحية القانونية عما يصدر منه من أفعال خطرة بالذات أو بالآخرين، إن الذهانيين بشر فقدوا صلتهم بالواقع وتحولوا إلى مجانيين بالمعنى القانوني ويفترض بـالطبع أن الاختلال الذي يصيب الذهاني يحرمه من الاستبصار بحالته .ويعد الفصام أو الشيزوفرنيبا مـن أهم الفئات التي تنتمي لهذا النوع من الاضطراب العقلي، ويكون الفصاميون 80% تقريبا مـن الذهان . والفصامي كأي مضطرب ذهاني أخر يفقد صلته بالواقع وكثيـرا مـا يعـزف عـن الاتصالات الاجتماعية ويستخدم أساليب شاذة في تواصله الفكري مع الآخرين..فكلماتـه غيـر

مترابطة، ومبهمة وغامضة ويبدو من الناحية الوجدانية وكأنه عـاجز عـن اختبـار أي مـن الانفعالات الوجدانية بسبب ما يتملكه من تبلد وجداني ومعتقداته الزائفة (هواجس) كثيرة وقوية، وتتخذ عدة صور كالشك والغيرة والتوجس،وفي الحالات الشديدة تتملكه هواجس من العظمة أو الاضطهاد. (إبراهيم،27:1983).

فقد كانت خبرة العرب في الجاهلية في مجال الطب بسيطة، ولما جاء الإسـلام شـجع علوم الدين والدنيا مما وقد اشتهر في مطلع العهد النبوي بالطب الحارث بن كلدة، وهو من أقدم الأطباء العرب ومن أشهرهم، وقد عاصر الحارث النبي - صلى ا عليه وسـلم – والخلفـاء الراشدين. ومع قيام الدولة العباسية تقدمت مهنة الطب، وأخذ الخلفاء يستدعون مشاهير الأطبـاء إلى قصورهم، وبهذا تطورت مهنة الطب وارتقت عند المسلمين، وكان من نتاج ذلك ميلاد فرع جديد من فروع علم الطب في الإسلام، يعد مشتركا بين على الطـب و الـنفس وهـو الطـب النفسي.ولقد نسبه الرازي إلى أثر العامل النفسي في صحة المريض فقال: "إن مزاج الجسم تابع لأخلاق النفس".وكان الأطباء المسلمون يلجئون إلى استغلال انفعالي الغضب والخجل في علاج إصابات روماتيزم في المفاصل.وقد اتخذ ابن سينا التحليل النفسي أسلوباً جديـداً مـن أسـاليب العلاج الطبي، وقد مارسه ممارسة ناجحة أكسبته شهرة واسعة في عصره، وتدل أسـاليبه فـي ذلك على أنه كان على درجة كبيرة من الخبرة بعلم النفس، وقد ربط بين فلسفته وطبه، فاسـتغل علم النفس وهو جزء من الفلسفة في التطبيب و يصف ابن سينا إحدى هذه الحـالات ويـشرح أسبابها وعلاماتها في الفصل الخاص بالعشق فيقول: "هذا مرض وسواسي، يكون الإنـسان قـد جلبه إلى نفسه بتسليط فكرته على استحسان بعض الصور، و الشمائل التي له ثم أعانتـه علـى ذلك شهوته، أو لم تعن، وعلامته غور العين ويبسها، وعدم الدمع إلا عند البكاء، وحركة متصلة للجفن كأنه ينظر إلى شيء لديه، أو يسمع خبراً ساراً، أو يمزح، ويكون نفسه كثيـر الانقطـاع والاسترداد، فيكون كثير الصعداء، و يتغير حاله إلى فرح وضحك أو إلى غم وبكاء، عند سماع الغزل ولا سيما عند ذكر الهجر والنوى، وتكون جميع أعضائه ذابلة خلا العينين فإنها تكون مع غور، كبيرة الجفن ... ولا يكون لشمائله نظام، ويكـون نبـضه مختلفـاً بـلا نظـام البتـة، كنبض أصحاب الهموم ويتغير نبضه وحاله عند ذكر المعـشوق خاصـة عنـد لقائـه بغتـة". (الدراويش ،2004 :53-55).

لم يكن مفهوم الفصام مدوناً لدى الأطباء النفسيين إلا عنـدما اقتـرح بلـويلر Bleuler الطبيب النفسي السويسري هذا الاسم كبـديل لمـصطلح أخـر ابتكـره مـن قبلـه كـريبلين (kreeeplin,1913) وهو العته المبكر(dementia praelox) لوصف مجموعة الأمـراض الذهانية التي يتميز صاحبها بتدهور في وظائف التفكير، والإدراك و المزاج.والتي كان يـرى

أنها تظهر مبكراً في فترة الشباب واعترض بلويلرBleuler على هذا المصطلح بسبب أن مـا اعتقده كربلين من أن هذا المرض لا يظهر إلا في فترة الشباب غير دقيق....لأنه يمكن أن فـي أي فترة زمنية من العمر ولم يوافق بلويلر كربلين على فكرته بأن العته المبكر هو ذهان للشباب يقابل ذهان الشيخوخة من المسنين.واقترح لهذا اسـتخدام مفهـوم الفـصام (schizophrenia) لوصف هذه المجموعة من الأمراض التي تتميز بانقسام وظائف الشخصية، والتي تعتبر القاسـم المشترك في كل اضطرابات الفصام. (إبراهيم و عسكر،1999:83-84).

ينتشر مرض الفصام بمعدل1% من عامة الناس، ويحدث الفصام بين الخامسة عـشرة والأربعين من العمر، مع زيادة معدل الحدوث في أواخر العشرينات من العمر، وانتشار الفصام في الذكور مثل الإناث، وينتشر بين كل الأجناس بالتساوي ويكثر بين غير المتـزوجين وآخـر الأطفال ميلاداً في الأسرة، ويكثر انتشاره في المدن الكبيرة المزدحمة، وبين الطبقات الفقيـرة، ويزداد ظهوره في بداية الصيف وفي الخريف، وفي نصف سبتمبر، ويزداد بين القارب، ونسبة ما يتم إدخالهم إلى المستشفيات النفسية 50– 60% من مجموع المرضى النفسيين (سمور، 186 – 187:2006).

اختلفت وجهات نظر علماء النفس والطب فيما يتصل بنشأة الفصام، فاتجه فريق مـنهم إلى التركيز على العوامل الوراثية بينما اتجه فريق أخر إلى التركيز على العوامل البيئية، واتجه فريق ثالث إلى التركيز على العوامل الوراثية والبيئية معا . وقديما كان الأطباء يفسرون نـشأة الفصام بإرجاعه إلى عوامل عضوية بحته وأهمها تلف المخ أو التسمم، بينما أهتم علماء الـنفس بالعوامل البيئية. ولقد أرجع علماء النفس السلوكيون، المرض إلى مثيرات وعادات خاطئة وسيئة في بيئة المريض، ولكن التفسيرات اتجهت في الآونة الأخيرة إلى تضافر مجموعة من العوامـل بعضها وراثي أو عضوي وبعضها بيئي، مما يؤدي إلى حـدود الاسـتجابة الفـصامية (داود و آخرون ، 333:1991).

ومن خلال ملاحظات الباحث أثناء عمله في مستشفى الطب النفسي وجد كثيـرا مـن أهالي المرضى النفسيين الذهانيين لا يهتمون بزيارة أبنائهم فترة المكوث داخل المستشفى هـذا الذي دفعني لدراسة اتجاهات هؤلاء المرضى.

ولقد تم تأسيس مستشفى الطب النفسي عام (1978) ويعتبر مستشفى الطب النفـسي المستـشفى الوحيد الذي يقدم خدمات نفسية تخصصية،لآلاف المرضى شهريا ويعمل المستشفى على مـدار الساعة،وطيلة أيام الأسبوع ،ويوجد بـداخل المستـشفى قـسمين لـدخول المرضـى للرجـال والحريم،وعيادة خارجية بشكل يومي تقدم العلاج والاستشارات النفسية للناس ،كما يوجد بداخله

قسم للرعاية اليومية ويعمل القسم بشكل يومي طوال اليوم،وهذه المستشفى تعمـل علـى مـدار الساعة في البحث عن جميع الطرق التي تخدم المرضى النفسيين في قطاع غزة.

يرى الباحث أن من أهم مبررات هذه الدراسة ما يلي:

1- قلة الدراسات في هذا الموضوع وخصوصا في فلسطين – فلا توجد دراسة في قطاع غـزة حول هذا الموضوع في حدود علم الباحث.

2- ملاحظات الباحث من خلال عمله في مستشفى الطب النفسي في مدينة غزة حـول إهمـال أهالي المرضى الذهانيين لأبنائهم وعدم الاهتمام بهم بعد دخولهم المستشفى.

3- قلة عدد الأخصائيين الإكلينيكيين في فلسطين بشكل عام.وفي قطاع غزة بالذات مع وجـود العديد من العاملين في المجال ولا يمتون للتخصص بأي صلة.

والدراسة الحالية عن الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي وهي محاولة للكشف عـن اتجاهات المرضى ومدى تأثرهم بهذه الاتجاهات.

مشكلة الدراسة

يعد مرض الفصام العقلي من أخطر الأمراض الذهانية لأنه مرتبط ارتباطا حيوياً بمهمة تحديد وتنظيم الأفعال والممارسات الإنسانية، وما يمكن أن يترتب على هذه الأفعال والممارسات من أنواع إيجابية أو سلبية داخل الكيان الاجتماعي، وهذا يؤثر على علاقتهم بوالديهم وقـدرتهم على التعامل معهم والاستجابة لرغباتهم وإرشاداتهم ، ومن أجل هذا أردت دراسـة الاتجاهـات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي لمعرفة تأثر الوالدين بمعايشته وكيفية التعامل مـع أبنـائهم المرضى ومدى تكوين اتجاهات سلبية لديهم تؤثر على تقديم الرعاية والدعم النفسي والاجتماعي لأبنائهم.

ومن هنا تبرز مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيس الأتي:-

*- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي في ضوء بعض المتغيرات؟

وينبثق من السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية التالية :-

1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات الوالدية بين مجموعة الأسوياء ومجموعة مرضى الفصام العقلي ؟

2-هل توجد فروق ذات دلاله إحصائية في الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي تعزى لمتغير الجنس (ذكور – إناث) ؟.

3-هل توجد فروق ذات دلاله إحصائية في الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي تعزى لمتغير العمر(أقل من 15 سنة –من18-25 سنة-من45-25سنة-أكثر من 45سنة) ؟

4-هل توجد فروق ذات دلاله إحصائية في الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية(أعزب-متزوج-مطلق-أرمل) ؟

5- هل توجد فروق ذات دلاله إحصائية في الاتجاهات الو الدية لدى مرضى الفصام العقلي تعزى لعامل المواطنة (مواطن-لاجئ) ؟

6-هل توجد فروق ذات دلاله إحصائية في الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي تعزى لمتغير منطقة السكن(مخيم-قرية-مدينة-إسكان جديد) ؟

7- هل توجد فروق ذات دلاله إحصائية في الاتجاهات الوالدية بين مرضى الفصام العقلي المدخلين في المستشفى والمرضى المترددين على العيادة الخارجية ؟

8-هل توجد فروق ذات دلاله إحصائية في الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي تعزي لمستوى التعليم(ابتدائي-إعدادي-ثانوي-جامعي فما فوق)؟.

9-هل توجد فروق ذات دلاله إحصائية في استخدام بعض أساليب المعاملة ما بين الآباء والأمهات من وجهة نظر الأبناء ؟

أهداف الدراسة

1- تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على الاتجاهات الو الدية لدى مرضى الفصام العقلي من حيث قدرتهم على التعامل مع أبنائهم من مرضى الفصام العقلي ورضاهم عن ابنهم وتقبلهم لمساعدتهم على عملية التكيف وتحقيق الصحة النفسية والنمو النفسي لمرضى الفصام العقلي.

2- التعرف على مدى اختلاف الاتجاهات الوالدية لدى أبنائهم مرضى الفصام العقلي في مدينة غزة باختلاف بعض المتغيرات كالجنس-العمر- الحالة الاجتماعية –عامل المواطنة –السكن – المستوى التعليمي-والفرق بين اتجاهات مريض الفصام المدخل في المستشفى والمراجع بالعيادة الخارجية – ووجهة نظر الأبناء في معاملة أبائهم وأمهاتهم –والفرق بين الأسوياء ومرضى الفصام في الاتجاهات الوالدية لديهم.

3- التعرف على كيفية التعامل مع المرضى الفصاميين مهما كان جنسه و عمره.

4- مساعدة الوالدين على اكتساب خبرات تربوية تتعلق بأسس ومبادئ التعامل مع المرضى الفصاميين بهدف المشاركة في معالجة سلوكهم وتعديله في ضوء برنامج محدد له أهدافه ومكوناته يهتم بطرق وأساليب معاملة الوالدين لأبنائهم الفصاميين وكيفية التصرف معهم.

أهمية الدراسة

أهمية الدراسة التي تكمن في:-

1- أهمية موضوع الاتجاهات الوالدية، حيث ركز المتخصصون والباحثون في علم النفس والصحة النفسية على أهمية الاتجاهات الوالدية في تنشئة الفرد في مراحل العمر الأولى والذي يساعد الفرد على تكوين شخصيته.

2-يمكن أن يستفيد من نتائج الدراسة العاملون في مجال الصحة النفسية من أجل تطوير خدمات الصحة النفسية في قطاع غزة وتطوير برامج لتنمية الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي .

3-قد توجه الدراسة الباحثين النفسيين إلى أهمية تطوير أسلوب في العلاج النفسي يتلاءم مع طبيعة المجتمع الفلسطيني الذي نعيش فيه.

4- تحسين الاتجاهات السلبية للوالدين نحو سلوك أبنائهم المصابين بمرض الفصام العقلي وتعزيز الاتجاهات الإيجابية نحوهم فالاتجاهات السلبية قد تزيد من تكرار أنماط السلوك غير المرغوب فيه لدى المرضى ولهذا فإن تعديل مثل هذه الاتجاهات قد يكون له أثر في تكييف المريض الفصامي واندماجه مع أفراد الأسرة والمجتمع وذلك من خلال عمل برامج تثقيف أسري ومجتمعي.

5- استدراك الآثار السلبية لبعض الأساليب والتي قد تؤثر في شخصية الأبناء وفـي سـلوكهم واستبعادها.

من الناحية العملية قد يساعد البحث المهتمين في تخطيط السياسات في تحديـد حجـم مـشكلة مرضى الفصام العقلي وتحديد مجتمعهم وذلك لتقديم البرامج والخدمات اللازمـة بمـا يتناسـب وحجم المشكلة.

فروض الدراسة

1-لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية في الاتجاهات الوالدية بين مجموعة الأسوياء ومجموعـة المصابين بالفصام عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$.

2_ لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية في الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي تعزى لمتغير الجنس عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$.

3_ لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ في الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي تعزى لمتغير العمر .

4_ لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ في الاتجاهات الوالدية لـدى مرضى الفصام العقلي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية .

5_لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية في الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي تعزى لعامل المواطنة عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$.

6_ لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ في الاتجاهات الوالدية لـدى مرضى الفصام العقلي تعزى لمتغير منطقة السكن.

7_لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية في الاتجاهات الوالدية بـين مرضـى الفـصام العقلـي المدخلين في المستشفى والمرضى المترددين على العيادة الخارجية عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$.

8_ لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ في الاتجاهات الوالدية لـدى مرضى الفصام العقلي تعزي للمستوى التعليمي .

9-لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ في الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي ما بين الآباء والأمهات من وجهة نظر الأبناء.

تعريف مصطلحات الدراسة

مفهوم الفصام العقلي:

"هو مرض ذهاني وظيفي يتميز بمجموعة من الأمراض النفسية و العقلية التي تؤدى إن لم تعالج في بدايتها إلى اضطرابات أو تدهور واضح في الشخصية و السلوك في جوانبه المختلفة، أي أن هذا الاضطراب يشمل الجانب العقلي والوجداني من شخصية المريض ويبدو في سلوكه في شكل تدهور واضح "(عبد ا ، 199:2000).

مفهوم الاتجاه:

يعرف الاتجاه " انه استعداد وجداني مكتسب وهو ثابت نسبيا يحدد سلوك الفرد ، ومشاعره إزاء الأشياء والموضوعات أو الجماعات أو مبدأ أو نظاما اجتماعيا أو سياسيا أو نحو فكرة الفرد عن نفسه.(عوض،28:1985).

مفهوم الاتجاهات الوالدية :

أنها مجموعة من الأساليب السلوكية التي تمثل العمليات النفسية التي تنشأ بين الوالدين والطفل ،حيث إن على هذين الوالدين أن يقوما بمجموعة من العمليات والمسئوليات التربوية والنفسية تجاه هذا الطفل من أجل ن يتحقق له النمو النفسي السليم ".(النيال،45:2002).

التعريف الإجرائي للاتجاهات الوالدية:

أخذ الباحث تعريف محمد علي حسن (1970) أنها مجموعة من الأساليب السلوكية التي تمثل العمليات النفسية التي تنشأ بين الوالدين والطفل ،حيث إن على هذين الوالدين أن يقوما بمجموعة من العمليات والمسئوليات التربوية والنفسية تجاه هذا الطفل من أجل ن يتحقق له النمو النفسي السليم ".(النيال،45:2002).

حدود الدراسة

أولا:- الحد البشري

تتحدد هذه الدراسة بالأشخاص المصابين بمرض الفصام العقلي المدخلين والمترددين على مستشفى الطب النفسي طلبا للعلاج في مدينة غزة .وقد تراوحت أعمار هؤلاء المرضى المترددين على مستشفى الطب النفسي من 18-45 سنة وما فوق من الذكور والإناث الذين بلغ عددهم (40) شخص ،ومجموعة من الأشخاص الأسوياء العاملين في مستشفى الطب النفسي والبالغ عددهم(50) شخصا من الذكور والإناث بهدف معرفة الفروق في الاتجاهات الوالدية بين الأسوياء و مرضى الفصام.

تتحدد هذه الدراسة أيضا بالأداة المستخدمة فيها وهي :_

قائمة شيفر للمعاملة الوالدية .

كما تتحدد هذه الدراسة بالمتغيرات المستخدمة فيها وهي:-

- المرضى المدخلين والمترددين على المستشفى .
- وجهة نظر الأبناء في بعض أساليب معاملة أبائهم وأمهاتهم .

ثانيا:- الحد الزماني:_

أجريت هذه الدراسة في 2008/3/1حتى2008/11/1 .

ثالثا:- الحد المكاني:-

مستشفى الطب النفسي في مدينة غزة.

الفصل الثاني

الإطار النظري

أولا:- الاتجاهات الوالدية

ثانيا:- الفصام العقلي

أولا : الاتجاهات الوالدية

تمهـ ـ ـ ـيد :-

الإنسان كائن اجتماعي لا يستطيع أن يعيش بمعزل عن الجماعة .فهو منذ أن يولد يمـ ـر بجماعات مختلفة ،فينتقل من جماعة إلى أخرى محققا بذلك إشباع حاجاته المختلفة.والجماعات لا تقوم بإشباع حاجات الفرد،ولا تحقق رغباته دون قيد أو شرط وإنما تضع له قواعد وأسس عليه أن يتقيد بها ويتكيف معها . وبذلك يبدأ تأثير الجماعة في شخصية الطفل بعيد ولادتـ ـه، ويـ ـتم تحويله تدريجيا من كائن بيولوجي إلى كائن اجتماعي .(أغا،1989:132).

يعد مفهوم الاتجاه من أكثر المفاهيم المستخدمة فـ ـي العلـ ـوم الإنـ ـسانية والاجتماعيـ ـة غموضا،ولقد تعددت التعريفات والاستخدامات في ميادين شتى حتى أنه لا يوجد اتفاق عام على تعريف الاتجاه،وإن كان هناك شبه اتفاق حول تعريف يتفق على خاصية عامة وهو أن الاتجـ ـاه هو ميل مؤيد أو مناهضة إزاء موضوع أو موضوعات معينة كالأشخاص والفئات الاجتماعيـ ـة والأشياء المادية. (عكاشة و زكي،2002:119).

يمكن القول إن مفهوم الاتجاه أبرز المفاهيم وأكثرها إلزاما في علم النفس المعاصر.وليس ثمـ ـة اصطلاح واحد يفوقه في عدد المرات التي استخدم فيها في الدراسات التجريبية.

(مرعي وبلقيس،1984:145).

تشير الدراسات المختلفة في مجال علم النفس الاجتماعي إلى أن الاتجاهات الاجتماعيـ ـة من أهم الموضوعات التي تناولها علماء النفس ،حيث تعد بعدا أساسيا من أبعاد شخصية الإنسان .وقد أشار إلى هذا مورفي ومورفي و نيوكمب (1937) الذين اعتبـ ـروا أن الاتجاهـ ـات مـ ـن المفاهيم الأكثر أهمية في مجال علم النفس لأنها تشكل محورا للكثير من العمليات النفسية.

والاتجاهات الوالدية تعد أحد الاتجاهات الاجتماعية التي لها دور كبير فـ ـي عمليـ ـة التنـ ـشئة أو التطبيع الاجتماعي والتي يتوقف عليها إلى حد كبير مدى ما سيكون عليه الفرد مـ ـن مـ ـستوى الصحة النفسية السليمة .ذلك لأن الأسرة تعتبر في مقدمة الجماعات التي يقع علـ ـى مـ ـسئوليتها التنشئة السليمة للطفل ،والتي بدورها تسهم بقدر لا بأس به في تهيئة مناخ نفـ ـسي يتحقـ ـق مـ ـن خلاله للإنسان مستوى من الصحة النفسية السليمة عن طريق ما تتبناه من اتجاهات نحو الأبنـ ـاء في أثناء معاملتهم .فالطفل عند ميلاده يعتبر سلوكه لا إنساني ولكنه يـ ـصبح إنـ ـسانيا بالتفاعـ ـل والتعلم الاجتماعي من خلال الأسرة، فهي أول جماعة يحصل الفرد علـ ـى العـ ـضوية فيهـ ـا ،

ويتصل بكل أفرادها من والدين وأشقاء وأقارب والاتجاهات الوالديـة نـوع مـن الاتجاهـات الاجتماعية ،فهي تنظيمات نفسية تحدد سلوك الآباء تجاه الأبناء في المواقف المختلفة .(عبد الغفار و إسماعيل،1983:35-36).

تعريف الاتجـاه:-

الاتجاه في اللغة:-

ورد في معجم الوافي توجه إليه أي أقبل وقصد . (البستاني، 1980:694).

وفي لسان العرب الجهة:النحو،نقول كذا على جهة كذا،واتجهت إليك،أتجه أي توجهت . (ابن منظور،1970:516-518).

الاتجاه اصطلاحا:

* "الاتجاه تركيب عقلي نفسي أحدثته الخبرة الحادة المتكررة ، وهو تركيـب يتميـز بالثبـات والاستقرار النسبي ويوجه سلوك الأفراد قريبا من أو بعيدا عن عنصر من عناصر البيئة. (السيد وعبد الرحمن ،1999:250).

تعريف الاتجاه :-

*الاتجاه هو عبارة عن تكوين فرضي ،أو متغير كامن أو متوسط يقع بين المثير والاسـتجابة .وهو عبارة عن استعداد نفسي، أو تهيؤ عقلي عصبي متعلم للاستجابة الموجبة أو السالبة نحو أشخاص أو أشياء أو موضوعات أو مواقف فـي البيئـة التـي تـستثير هـذه الاسـتجابة. (زهران،2000:172).

* " **الاتجاه** حالة من الاستعداد أو التأهب العصبي والنفسي تنتظم من خلال خبرة الفرد وتكـون ذات تأثير توجيهي أو دينامي على استجابة الفرد لجميع الموضوعات والمواقف التي تـستثيرها هذه الاستجابة .(المعايطه،2000:161).

***ويعرف الاتجاه** بأنه التمثيل النفسي في داخل الفرد لأثار المجتمع والثقافة . (جلال،1984:151).

* "**ويعرف الاتجاه** بأنه عبارة عن نظام تقييمي ثابت بصورة نسبية ،ويتمثل في ردود فعل عاطفية تعكس المفاهيم التقييمية ومعتقدات الفرد التي تعلمت عن صفات موضوع أو فئة من الموضوعات الاجتماعية .(الأشول،1999:178).

* " **ويعرف الاتجاه** بأنه عبارة عن ميل مؤيد أو مناهض بإزاء موضوع أو موضوعات معينة كالأشخاص والفئات الاجتماعية والأشياء المادية .(مخيمر و رزق،1968:147).

*" **الاتجاه** باعتباره مفهوم أو تكوين فرضي يشير إلى توجه ثابت أو تنظيم مستقر إلى حد ما، لمشاعر الفرد ومعارفه واستعداده للقيام بأعمال معينة نحو موضوعات التفكير،عيانية كانـت أو

مجردة ،ويتمثل في درجات من القبول والرفض لهذا الموضوع ويمكن التعبير عنها لفظيـا أو أدائيا. (درويش،91:2005).

*و يعرف الاتجاه بأنه حالة استعداد عقلي انفعالي للسلوك نحو موقـف أو شـخص أو شـيء بطريقة مطابقة لنموذج معين من الاسـتجابة سـبق أن نظمـت أو اقترنـت بهـذا المثيـر". (رضوان،151:1996).

*ويعرف الاتجاه" بأنه استعداد مكتسب مشبع بالعاطفة يحدد سـلوك الفـرد إزاء الموضـوعات ،والأشخاص التي يتعامل معها في البيئة المحيطة به أما بقبولها أو رفضها .(أحمد،99:2001).

*الاتجاه هو محرك كامن يقع وراء سلوك الفرد ، فيدفع استجابته لمثير اجتماعي معـين مـن أفكار ومواقف ومعتقدات أو قيم وفي هذه الاستجابة تقويم موجب أو سالب لموضوع ذي صبغة اجتماعية. (النيال ،2002 :32).

*الاتجاه هو عبارة عن تكوين فرضي ،أو متغير كامن أو متوسط يقع بين المثير والاسـتجابة. وهو عبارة عن استعداد نفسي، أو تهيؤ عقلي عصبي متعلم للاستجابة الموجبة أو السالبة نحو أشخاص أو أشياء أو موضوعات أو مواقف في البيئـة التـي تـستثير هـذه الاسـتجابة . (زهران،172:2000).

ويشير أحمد إلى عدة تعريفات منها

مورجانMorgan فيذكر أن الاتجاه هو موقف عقلي يوجه السلوك نحو خبـرة جديـة متـأثرة بالخبرات السابقة .

ويعرف البورت Allport الاتجاه بأنه حالة من حالات التهيؤ العقلي العـصبي التـي تنظمهـا الخبرة وتؤثر تأثيرا ديناميكيا عاقا وموجها (استجابات الفـرد نحـو الموضـوعات والمواقـف المختلفة).

أما شيف فيرى أن الاتجاه مركب من الأحاسيس والرغبات والمعتقدات والميول التي كونت نمطا مميزا للقيام بعمل ما أو الاستجابة نحو موقف محدد بفضل الخبرات السابقة المتنوعة . (أحمد،99:2001).

الاتجاهات الوالدية:

وتشير النيال إلى تعريف محمد علي حسن (1970) أنها مجموعة من الأساليب السلوكية التـي تمثل العمليات النفسية التي تنشأ بين الوالدين والطفل ،حيث إن على هذين الوالـدين أن يقومـا بمجموعة من العمليات والمسئوليات التربوية والنفسية تجاه هذا الطفل من أجل ن يتحقق له النمو النفسي السليم ".(النيال،45:2002).

أهمية دراسة الاتجاهات

تحتل دراسة الاتجاهات مكانا بارزا في الكثير مـن دراسـات الشخـصية وديناميـات الجماعة، وفي الكثير من المجالات التطبيقية ، مثل : التربية والدعاية والـصحافة والعلاقـات العامة، والإدارة والتدريب القيادي، وحل الصراعات في مجـالات العمـل والـصناعة،وتنمية المجتمع وتعلم الكبار، ومكافحة الأمية، والإرشاد الزراعي ،والتثقيف الصحي، والإرشاد الـديني والقومي، وتوجيه الرأي العام والدعاية التجارية، والـسياسية والتوعيـة الـسياسية ،ومكافحـة التعصب العنصري، والدعوة إلى التفاهم والسلم الدوليين. لأن جوهر العمل في هذه المجـالات هو دعم الاتجاهات الميسرة لتحقيق أهداف العمل فيها، وإضعاف الاتجاهات المعوقـة. بـل إن العلاج النفسي في أحد معانيه هو محاولة لتغيير اتجاهات الفرد نحو ذاته ونحو الآخرين ونحـو عالمه.

إن تراكم الاتجاهات فـي ذهـن المـرء وزيـادة اعتمـاده عليهـا تحـد مـن حريتـه فـي التصرف وتصبح أنماط سلوكه روتينيه متكررة دون تفكير سابق . ومن ناحية أخرى فهي تجعل الانتظام في السلوك والاستقرار في أساليب التصرف أمرا ممكنا وميسرا للحياة الاجتماعية .لـذا كانت دراسة الاتجاهات عنصرا أساسيا في تفسير السلوك الحالي والتنبؤ بالـسلوك المـستقبلي للفرد. (مرعي وبلقيس،152:1984).

بعض المفاهيم المتعلقة بالاتجاه

أولا:- القيم والاتجاهات:- تمثل القيم محددات اتجاهات الفرد، فـالقيم تجريـدات أو تعميمـات محددة، ومفهوم القيم أعم وأشمل من مفهوم الاتجاه، وأن القيم تقدم المضمون للاتجاهات، فـالقيم ينقصه موضوع محدد لنصب عليه، بعكس الاتجاه الذي يرتبط دائماً بموضوع محدد، فإذا كـان لدى الفرد آلاف من الاتجاهات، فإن لديه العشرات فقط من القيم، لأن القيمة تشمل مجموعة من الاتجاهات المرتبطة فيما بينها.

ثانيا:- الاتجاه والمعتقد:- له صلة بمفهوم الاتجاه أيضاً، وهذا المفهـوم أضـيق مـن مفهـوم الاتجاه، فهو بين مجرد معارف الشخص وتصورته عن موضوع ما،أو أشخاص بعينهم، فالمعتقد إذن ذو طبيعة معرفية أو معلوماتية، ولا يتصف بالصفة الانفعالية وبالتالي فهو يشير إلى مكون واحد من مكونات الاتجاه. (درويش،92:2005)

ثالثا:- الاتجاه والميل:- يرتبط الاتجاه والميل ارتباطاً وثيقاً، ولكن الاتجاه اصطلاح أوسع فـي معناه وينطوي تحته الميل. بل كثيراً ما يعرف علماء علم النفس الاجتماعي الميل على أنه اتجاه موجب. فالميول هي اتجاهات نفسية تجعل الشخص يبحث عن أوجه نشاط أكثر في ميدان معين

فهي اتجاهات إيجابية نحو مجالات مختارة من البيئة، وكل من الاتجاه ، والميـل عبـارة عـن وصف لاستعداد الفرد للاستجابة لشيء ما بطريقة معينة.

رابعا:- الاتجاه والرأي:- يشير الرأي إلى ما نعتقد أنه صواب وعلى ذلك فهو وسيلة للتعبيـر اللفظي عن الاتجاه ويوضح أيزنك Eyzenck العلاقة بين الرأي والاتجاه من حيث أن الرأي هو الوحدة البسيطة، ومن حيث أن الرأي هو الوحدة البسيطة والاتجاه هو الوحدة الأكثـر تركيبـا، وهو عبارة عن عدو من الآراء التي تتدرج على بعد الموافقة والمعارضة لموضـوع الاتجـاه. (الجبالي،248:2003).

خصائص الاتجاهات

إن للاتجاه النفسي عدد من الخصائص التي تميزه عن غيره من المتغيرات أو الظواهر النفسية الأخرى والتي تحدد معالمه بدقة ومنها الخصائص التالية :-

1- أن الاتجاه النفسي مكتسب وليس فطري، أي يكتسبه الفرد خلال حياته نتيجة لما يتعرض له من خبرات عديدة.

2- أنه يمثل علاقة بين ذات الشخص وبين موضوعات محدده، فليس هناك اتجاه يتكـون فـي فراغ وإنما يتكون الاتجاه نحو موضوعات متجسدة في أشخاص،أو أشياء أو نظم معينة .

3- أن الاتجاه النفسي لا يتكون بالنسبة للحقائق الثابتة المقررة، بل يكون دائما حول موضوعات مثيرة للجدل أو النقاش أو موضوع خلاف في الرأي .

4- أنه ليس عابرا أو عارضا وإنما يتصف بالاستمرار النسبي فهو يستقر ويستمر بعد أن يتكون

5- أنه دينامي، بمعنى أنه قابل للتغيير، وإن لم يكن ذلك ممكنا بجهد مقصود ويـستغرق فتـرة طويلة . (درويش،91:2005).

أنواع الاتجاهات النفسية

تتعدد الاتجاهات عند الإنسان ويكون اتجاهات اجتماعية تجاه كل مـا ينـتظم المجـال الحيوي له ، فهو يكون اتجاها نحو من يعرف من الأفراد والنظم الاجتماعية السائدة والعـادات والقيم والتقاليد، ويكون اتجاها اجتماعيا نحو المشكلات الاجتماعية ،نحـو مؤسـسات المجتمـع وقيادات هذا المجتمع وزعاماته، الفرد يكون اتجاهات اجتماعية نحو بيئته الاجتماعية بكاملهـا، ولكننا نجد عند قياس تلك الاتجاهات لدى أفراد مجتمع واحد أن الاتجاهات تختلف بالرغم مـن توحد المثيرات الاجتماعية أو توحد عناصر البيئة التي يعيشون في إطارها وذلك بسبب تبـاين مكونات شخصية الأفراد، وتباين المجال النفسي الذي يوجد فيه الأفراد والجماعة وتباين الغرائز

والحاجات والخبرة ، كل هذه العوامل تشكل الاستجابة ومحدداتها وإمكانية التعرف على الصورة الكاملة لاتجاهات الفرد نحو بيئته الاجتماعية .(عبد ا ،1996 :67).

وهناك العديد من أنواع الاتجاهات النفسية وذلك من الناحية الوصفية والوظيفية.حيث يساعد هذا التصنيف على تحديد نوعية وشدة الاتجاه النفسي، ومن هذه الأنواع ما يلي :-

أولا - الاتجاه العام والاتجاه النوعيGeneral and Specific

الاتجاه العام هو ذلك الاتجاه الذي يشمل كلية الموضوع الذي يتناوله هذا الاتجاه وذلـك بغض النظر عن كونه سالبا أو موجبا مثل اتجاه الفرد نحو بلد معين فهو يعبـر عـن اتجاهـه السالب أو الموجب نحو شعب هذا البلد وطراز المساكن وجوها الطبيعي وطـرق المواصـلات ونوع الأطعمة السائدة ،وبذلك يكون الاتجاه عاما نحو هذا البلد.ويتميز هذا النوع من الاتجاهات بأنه أكثر ثباتا واستقرارا من غيره من أنواع الاتجاهات ويحتاج تغييره إلى تقنية علمية من نوع خاص.

أما الاتجاه النوعي فهو الاتجاه الذي ينصب على جزئية من الموضوع الذي يدور حوله الاتجـاه مثل اتجاه الفرد نحو طعام شعب معين حيث يعجب على سبيل المثال بنوعية الطعام دون بقيـة جزئيات الموضوع وهو الشعب المعين ، وبالتالي فإن سلوكه سوف يتـأثر باتجاهـه النـوعي هذا.وهذا النوع من الاتجاهات يعتبر أقل ثباتا من الاتجاه العام،وقد يتلاشى الاتجـاه النـوعي نتيجة تكوين اتجاهات نوعية أخرى تتنافر فيما بينهما وتؤدي إلى ضعفه.

وقد يقوى الاتجاه النوعي وينمو ويشتد ويتفوق على بقية الاتجاهات النوعية الأخرى إن وجـدت ويتحول تدريجيا إلى اتجاه عام له صفة الثبات والاستقرار النسبي.(السيد وعبد الرحمن،1999:258).

ثانيا- الاتجاهات الجماعية والاتجاهات الفردية:- Group and Individual

تعتبر الاتجاهات جماعية حينما تكون مشتركة بين عدد كبير من النـاس فيمـا يتعلـق بموضوع من الموضوعات. فقد يتكون اتجاه مشترك لدى عدد كبير من الناس نحو رئيس للدولة أو زعيم من الزعماء.

أما الاتجاهات الفردية فهي ذاتية تتعلق بذات الفرد دون سواه فيما يتعلق بظاهرة معينة .فالإنسان يكون اتجاهه الفردي من خلال إطاره المرجعي المتضمن أسلوب حياته الخاص والمميز له عن غيره من الناس مثل أن يكون الشخص اتجاها نحو زميل له فـي العمـل أو نحـو تخـصص دراسي.

ثالثا - الاتجاهات العلنية والاتجاهات السرية:- Apparent and secret

تعتبر الاتجاهات علنية حينما لا يجد الفرد حرجا من إعلانها والتحدث عنها أمام النـاس .فهي ترتبط بما يؤمن به ويتبناه من نظام للقيم السائدة في المجتمع ويكون مقبـولا مـن عامـة

الناس تفاديا لأي ضغوطات قد تسبب له الإحراج والضرر.مثل إعلان المدرس للتلاميذ منذ اللقاء الأول انه يتبنى النظام ويكره الفوضى ولذلك لا بد من الحفاظ على المواعيد بدقة.

أما الاتجاهات السرية فهي التي يشعر الفرد بالحرج والضيق من إعلانها ويحاول أن يخفيها عن الناس ويحتفظ بها لنفسه ،بل قد ينكرها حين يسأل عنها، وذلك لأنها مرفوضة من قبل غالبية الناس وتسبب له الخجل،فالإنسان مثلا لا يستطيع أن يعلن عن إلحاده في مجتمع يتمسك بالشريعة الإسلامية خوفا على حياته . (الزعبي،2001:186-187).

رابعا-الاتجاهات القوية والاتجاهات الضعيفة:- Strong and Weak

فالاتجاهات القوية هي التي تسيطر على جانب كبير من حياة الإنسان وتجعله يسلك في بعض المواقف سلوكا جادا مثل الاتجاه نحو الدين. أما من يقف من الاتجاه موقفا ضعيفا لا يستطيع مقاومته ولا احتماله، إنما يغفل ذلك لأنه لا يشعر بشدة الاتجاه.

خامسا- الاتجاهات الموجبة والاتجاهات السالبة: Positive and Negative

الاتجاهات الموجبة هي تلك الاتجاهات التي تنحو بالفرد نحو شيء معين مثل الفن.أما الاتجاهات السالبة فهي التي تبتعد بالفرد عن موضوع معين مما يجعله يبتعد ويرفض كل ما يتعلق بالموضوع .(أحمد،2001:103-104).

وظائف الاتجاهات

تخدم الاتجاهات وظائف معينة في حياة الإنسان ، فهي تيسر له سبل التعامل مع المواقف المختلفة التي يتعرض لها على نحو مطرد متسق بجميع ما لدية من خبرات متنوعة في كل واحد منتظم . كما أنها تساعد الفرد على تحقيق أهدافه وعلى أن يدافع عن فكرته عن نفسه أمام هجمات الآخرين وانتقاداتهم . (الشخص،2001:119).

تلعب الاتجاهات الاجتماعية دورا هاما في تحديد سلوكنا. فهي تؤثر مثلا في أحكامنا وإدراكنا للآخرين ،كما تؤثر على سرعة وكفاءة تعلمنا،كما تساعد أيضا في تحديد الجماعات التي نرتبط بها ،والمهن التي نختارها في النهاية ،بل وحتى الفلسفة التي نعيش بها (الزعبي،2001:183).

تقوم الاتجاهات بالعديد من الوظائف التي تيسر للإنسان القدرة على التعامل مع المواقف و الأوضاع الحياتية المختلفة، وأهم هذه الوظائف هي:-

أولا-الوظيفة المنفعية أو التكيفية: تحقق الاتجاهات الكثير من أهداف الفرد وتزوده بالقدرة على التكيف مع المواقف المتعددة التي يواجهها، فإعلان الفرد عن اتجاهاته يظهر مدى تقبله لمعايير الجماعة وقيمها ومعتقداتها.

لذا تعتبر الاتجاهات موجهات سلوكية يمكنه من تحقيق أهدافـه وإشـباع دوافعـه فـي ضـوء المحكمات أو المعايير الاجتماعية السائدة في مجتمعه.كما تمكنه من إنشاء علاقات تكيفيه سـوية مع هذا المجتمع.

ثانيا- الوظيفة التنظيمية: تتجمع الاتجاهات والخبرات المتعددة المتنوعة في كل مؤثر منـتظم، مما يؤدي إلى إنسان سلوكه وثباته نسبيا في المواقف المختلفة، بحيث يسلك تجاهها علـى نحـو ثابت مطرد، ويتجنب الضياع أو التشتت في متاهات الخبرات الجزئية المتصلة متأثراً بما يميـل من اتجاهات مكتسبة.

ثالثا- وظيفة تحقيق الذات: يبنى الفرد مجموعة من الاتجاهات، توجه سلوكه، وتتيح له الفرصة للتعبير عن ذاته وتحديد هويته ومكانته في المجتمع الذي يعيش فيه.

رابعا- الوظيفة الدفاعية: إن العديد من اتجاهات الفرد يرتبط بحاجاته الشخصية ودوافعه الفردية أكثر من ارتباطه بالخصائص الموضوعية لموضوع الاتجاه لهذا يقوم الفرد أحياناً بتكوين بعض الاتجاهات لتبرير فشله أو عدم قدرته على تحقيق أهدافه. (مرعي وبلقيس،:1531984-154).

تكوين الاتجاهات

يعيش الإنسان في إطار ثقافي يتألف من العادات،والتقاليد، والاتجاهـات، والمعتقـدات، وهذه جميعا تتفاعل تفاعلا ديناميكيا يؤثر في الفرد من خلال علاقاته الاجتماعية وبيئتـه سـواء كانت أسرته أو مدرسته بمعنى أن مختلف الجماعات التي ينتمي إليها الفرد تؤثر فـي اكتـسابه لاتجاهاته ومعتقداته المختلفة. ولا شك أن المصدر الأول لتكوين الاتجاهات هو إشباع الحـوافز الفسيولوجية الأولى ،فطالما أن الطعام يشبع دافع الجوع فإن الطفل يتعلم اتجاهـا إزاء الطعـام، واتجاه الطفل إزاء الدواء يكون عادة سلبيا يختلف في قوته وضعفه تبعا للواقف التي يتكون فيها. وتتكون الاتجاهات عن طريق الخبرات الانفعالية المختلفة،فإذا كانت طيبة ، كان الاتجاه النـاتج عنها اتجاها ايجابيا، أما إذا كانت غير طيبة، كان الاتجاه الناتج عنها عادة ما يكون اتجاها سلبيا. وبالتالي فإن الاتجاهات تتكون عن طريق الثواب والعقاب. وتغرس الاتجاهـات عـن طريـق سلطات أعلى من الفرد ،فقد تتعلم الاتجاهات عن طريق الخوف من سلطات عليا أو عن طريق احترامها ، برغم عدم وجود الثواب المباشر أو العقاب المباشر. (النيال،33:2002).

العوامل المؤثرة في تكوين الاتجاهات:-

أولا:- **العوامل البيئية** : تعتبر البيئة العامل المهم في تكوين الاتجاهات وذلك من خلال التفاعل مع عناصره .

ثانيا: - **الوالدان** : حيث يكون لهما دورا أساسيا في عملية التنشئة الاجتماعية للطفـل وإكـسابه الفردية والاجتماعية ، وذلك بحكم سيطرتهم على العوامل الأساسية في تكوين الاتجاهات مـن خلال استخدام طرق عديدة في التربية منها:

1-الثواب والعقاب.

2- دور وسائل الإعلام في تكوين الاتجاهات: والتي تصل المعلومات من خلالها للطفل في مراحل نموه الأولى من خلال إجابة الطفل عن تساؤلاته اليومية التي تشكل أساسا للاتجاهات والمعتقدات والقيم والمفاهيم .

3- دور المدرسة في تكوين الاتجاهات : ويكون لها دورا هاما في تطوير وتكوين الاتجاهـات لدى المتعلمين من خلال تفاعلهم مع المتعلمين .

4-دور المجتمع في تكوين الاتجاهـات: من خلال التقاليد والعادات السائدة والعوامل المؤثرة فيه يكون له الدور البارز أيضا في تكوين الاتجاهات (مرعي وبلقيس،1984:154-156).

5-أثر شخصية الفرد في تكوين الاتجاهات:

تلعب سمات شخصية الفرد دورا في تكوين اتجاهاته وتنميتها ، فالإنـسان يميـل إلـى تقبـل الاتجاهات التي تتفق مع سمات شخصيته ويدعم وجودها باستمرار،ويرفض الاتجاهـات التـي تتعارض مع هذه السمات .كما أن لتكوين شخصية الفرد أثرا في تهيئة الفرد وإعداده لاصطناع الاتجاهات المختلفة .

6-أثر العوامل الثقافية في تكوين الاتجاهات:

تلعب العوامل الثقافية والحضارية بما تشمله من نظم دينية وخلقية واقتصادية وسياسية دورا هاما في تكوين الاتجاهات الاجتماعية ،فالعوامل الثقافية السائدة في مجتمع من المجتمعات ، فالثقافـة بما توفره من معلومات كثيرة تشكل التراث المعرفي للإنسان مـن خـلال وسـائلها المتعـددة والموجودة في المجتمع، وبما أن المؤثرات الثقافية متنوعة وعديدة في المجتمع ، فإن ما تقدمـه من معلومات قد يكون متضاربا أو متناقضا مما يؤدي إلى تكوين اتجاهات ايجابية عند بعـض الناس، واتجاهات سلبية عند البعض الأخر ،ولهذا لا بد للفرد أن يختار الاتجـاه الـذي يتفـق وإطاره المرجعي بشأن ظاهرة معينة سواء أكان إيجابيا أو سلبيا.(الزعبي،2001 :181-183).

مكونات الاتجاه

أولا- المكون المعرفي للاتجاه: يتضمن المكون المعرفي كل ما لدى الفرد من عمليات إدراكيـة ومعتقدات وأفكار تتعلق بموضوع الاتجاه ويشمل ما لديه من حجج تقف وراء تقبله لموضـوع الاتجاه، فإذا كان الموضوع في جوهره عملية تفضيل موضوع على آخر فإن هذه العملية تتطلب

بعض العمليات الفعلية كالتمييز والفهم، ويتضح المكون المعرفي للاتجـاه فـي حالـة قيـاس الاتجاه نحو المرأة للعمل ويتمثل ذلك في مدى قدرتها على العمل ومدى قيامها به .

ثانيا:_ المكون العاطفي للاتجـاه (الانفعالي): يستدل عليه من خلال مشاعر الشخص ورغباتـه نحو الموضوع ومن إقباله عليه أو نفوره منه وحبه أو كرهه له،ويتضح المكون العاطفي للاتجاه فيما يثيره موضوع خروج المرأة للعمل من سرور واشمئزاز لدى البعض.

ثالثا:- المكون السلوكي للاتجاه (مكون الأداء أو النزعة إلى الفعل): يتضح المكون السلوكي للاتجاه في الاستجابة العملية نحو الاتجاه بطريقة ما، فالاتجاهات تعمل كموجهات سلوك للإنسان فهي تدفعه إلى العمل على نحو سلبي عندما يمتلك اتجاهات سلبية لموضوعات أخرى ويتمثـل المكون السلبي بالنسبة لخروج المرأة للعمل في ترك الزوج زوجته أو الأب ابنته للخروج للعمل (المعايطة،2000:162-163).

النظريات التي فسرت الاتجاهات

هناك مجموعة من النظريات الكبرى التي حاولت تفسير الاتجاه، ولكل نظرية من هذه النظريات توجهها ورؤيتها في هذا التفسير. وهذه النظريات كالتالي:-

أولا:- نظرية التحليل النفسي: Psychoanalysis Theory

تفسر نظرية التحليل النفسي الاتجاهات الوالدية نحو التنشئة الاجتماعية للأطفـال فـي ضـوء مراحل نمو الكائن الإنساني وتطوره،حيث أعتبر فرويـد S.Freud، نمـو الشخـصية عمليـة ديناميكية،تشمل الصراعات بين حاجات ورغبات الفرد ومتطلبات المجتمع. وقد أعتبر فرويد أن التفاعل بين الآباء من اتجاهات وأساليب في معاملتهم لأطفـالهم لـه دور فعـال فـي نـشأتهم الاجتماعية.وهذه الاتجاهات الوالدية يتم تحليلها طبقا لنوعية العلاقات الانفعالية القائمة بين الطفل وآبائه،فاتجاه الأم مثلا نحو طفلها أثناء عملية الإخراج أو الطعام يعتبر أساسا اجتماعيـا ينمـي خصائص شخصيته.

ويعتبر الفرويديون الآباء، من أهم المدركات الاجتماعية في حياة الطفل. فعندما ينتقل الطفل من مرحلة نمو إلى أخرى فهو يحاكيهم أي أن الطفل يتقمص صفات الـشخص المحبـب إليـه،بما تحتويه من صواب وخطأ ليدمجها داخل الضمير، الذي يجاهد من أجل الكمال وليس من أجـل المتعة،ومن هنا يتضح أن نظرية التحليل النفسي تؤكد على تأثير الخبرات التي يتعـرض لهـا الطفل في حياته،وخاصة السنوات الخمس الأولى.فإذا كانت هذه الخبرات نابعة في جو يـسوده العطف والحنان والشعور بالأمن،اكتسب الطفل القدرة على التوافق مع نفسه ومع مجتمعه،أما إذا مر الطفل بخبرات نابعة من مواقف الحرمان،والتهديد،والإهمال،أدى ذلك إلى تمهيد الطريق إلى تكوين شخصية مضطربة.(النيال،2002: 41-42).

ثانيا:- النظرية السلوكية: Behavioral Theory

استمدت وجهة نظرها من نظريات التعلم ،فالاتجاهات هي عادات متعلمـة مـن البيئـة على وفق قوانين الارتباط وإشباع الحاجات. وقد استخلص " روزنو" من تجارب اشتراطيه ، إن الاتجـاه اسـتجابة متوسـطة متعلمـة، ويمكـن تكوينـه وتعديلـه باسـتخدام التعزيـز اللفظـي. وإن اسـتخدام صـور مـن التعزيـز الإيجـابي اللفظـي أو التعزيـز اللفظـي السلبي للحجج المؤيدة أو المعارضة للرأي،يـؤدي إلـى تغييـر فـي الـرأي نحـو الحجـة التـي كانـت قريبـة زمنيـا مـن التعزيـز الايجـابي وبعيـدة عـن التعزيـز الـسلبي، وافترض " روزنو" إن تغيير الرأي يؤدي إلى تغيير الاتجاه. (وحيد،2001:51-52).

ثالثا:_ نظرية التوازن المعرفي (هيدر) Cognitive balance Theory

يرى هيدر أن الاتجاهات نحو الأشياء ونحو الناس لهـا جاذبيـة إيجابيـة أو جاذبيـة سلبية.وقد تتطابق هذه الاتجاهات وربما لا تتطابق .لذلك قد يكون هناك توازن أو عدم تـوازن في نسق الاتجاهات. ويرى هيدر أن هناك حركة دائمة نحو التوازن .والتوازن عملية تتـضمن التجانس بين كل العناصر الداخلية في المواقف بحيث لا يكون هناك ضغط نحو التغييـر.أي أن هناك نزعة لدى الأفراد لفصل الاتجاهات التي تتعارض والتي تتشابه وعزلها عن بعضها.

وينصب الاهتمام عند هيدر على المواقف التي فيها شخص وأخر، كل منهما له اتجاه معين نحو موضوع معين نرمز له بالرمز "س" ، فإذا كان الشخص يحب الآخرين فمن المفروض أن اتجاه الآخر سيكون مماثلا لاتجاهه. فإذا كان هناك على سبيل المثـال صـديقان يـشتركان فـي أن اتجاههما الايجابي نحو شخص ثالث، فحالة التوازن موجودة مـادام الـشخص الأول اتجاهـه ايجابي نحو الشخص الثاني،واتجاهه ايجابي نحو الشخص الثالث أيضا الذي يمثـل الموضـوع المرموز له بالرمز "س" ، فالشخص الثاني لابد أن يكون اتجاهه ايجابيا أيضا نحو "س". أما إذا اختلفا فهنا تتولد حالة عدم توازن ففي هذه الحالة يحاول كل منهما إقناع الآخر بوجهة نظـره أو يتجنبان الموضوع للاحتفاظ بالتوازن بينهما .(جلال،1984:179).

تعديل الاتجاهات:

إن تعديل الاتجاهات ،وبخاصة تلك التي تتميز بالقوة والتي ترتبط بغيرها من الاتجاهات المكتسبة،تلك التي نشأت مع الإنسان في مراحل مبكرة من حياته يعتبر أمرا صعبا للغاية.وقـد تكون عملية تعديل الجوانب المعرفية في الاتجاهات أقل صعوبة من تعديل الجوانب الوجدانيـة والنزوعية.

أولا:- صعوبة تعديل الاتجاهات:

إن الاتجاهات تختلف فيما بينها من حيث قوتها ومقاومتها للتعديل،وهـذا يعنـي قابليـة الاتجاهات للتعديل،ولكن هذه العملية ليست يسيرة،خصوصا إذا كان الاتجاه ، موضوع التعديل من النوع القوي الذي يشكل أحد مكونات الشخصية الأساسية.وقد تبـين أن أكثـر الاتجاهـات مقاومة للتعديل هي تلك الاتجاهات التي كونهـا الفـرد أثنـاء مراحـل تنـشئته الاجتماعيـة المبكرة(مرعي وبلقيس،1984:174-175).

ثانيا:- أهم طرق تعديل الاتجاهات النفسية:

1-تعديل المجال الإدراكي المعرفي للفرد: حيث يمكن تعديل الاتجاهات النفسية للفرد عن طريق تزويدهم بالمعلومات والمعارف المختلفة التي تتعلق بموضوع الاتجاه.فالفرد لديه دافع أساسـي للفهم والمعرفة والاستطلاع بحيث يكون يعمل على ترتيب خبراته التي تصبح غير متناسقة وتعد عملية تعديل الخبرات لتحقيق الاتساق في اتجاهات الفرد من أهم الوظائف المعرفية للاتجاهات.

2- **تغيير الإطار المرجعي للفرد**: تكمن أهمية ذلك من خلال الارتباط الوثيق بـين الاتجاهـات والإطار المرجعي للفرد .إذ أن الاتجاهات الفرد نحو أي موضوع يعتمد على إطاره المرجعـي الذي يتضمن كل قيمه ومعاييره ومعتقداته ومدركاته لذا فان الاتجاهات تعتمـد علـى الإطـار المرجعي الذي يكونه الفرد،فإذا ما تغير هذا الإطار المرجعي تغيرت كذلك الاتجاهات .

3- **تغيير الجماعة المرجعية**: حيث تؤكد البحوث والدراسات التي أجريت في ميدان الاتجاهات أن الفرد إذا ما غير جماعة جديدة ذات اتجاهات جديدة فانه مع مض2ي الوقت يسعى الفرد إلى تعديل وتغيير اتجاهاته القديمة حتى يتكيف مع واقع ومعايير جماعته المرجعية الجديدة.

4- وسائل الإعلام: تكتسب وسائل الإعلام في المجتمع الحديث أهميـة كبـرى فـي توصـيل المعلومات والحقائق الموضوعية المرتبطة بجوانب الحياة المختلفة إلى الفرد،حيث يعتمد الأفراد في الوقت الحاضر على ما تقدمه وسائل الإعلام مقروءة ومسموعة ومرئية حول الموضـوعات المختلفة وبالتالي على تكوينهم لاتجاهات معينة نحو هذه الموضوعات.

5- **التغيير القسري في السلوك**: حيث أثبتت العديد من الدراسات والتجارب التي أجريت فـي مجال التغيير القسري في السلوك أن هذه الطريقة تعتبر من الطرق الهامة التي يمكن أن تتعدل بواسطتها اتجاهات الفرد.

6- الأنظمة التعليمية: يعد التعليم والمعارف التي يتلقاها الفـرد داخـل المؤسـسات التربويـة الرسمية وغير الرسمية من أهم الطرق التي تؤدي إلى تعديل اتجاهات الفرد نحو العديـد مـن الأشياء أو الموضوعات التي يواجهها في بيئته عن طريق الدروس التـي يتلقاهـا الفـرد .وأن الاتجاهات النفسية للفرد ما هي إلا محصلة أو نتاج لعمليـات تربويـة معينـة تعـرض لهـا الفرد.(حافظ وسليمان،2000:252-253).

قياس الاتجاهات

تعتبر عملية قياس الاتجاهات على قدر كبير من الأهمية، حيث توضح مدى تقبل الناس لموضوع معين أو رفضهم له . وبالتالي يتنبه المسئولون أو المهتمون بهذا الموضـوع لاتخـاذ الإجراءات الكفيلة لمواجهة ذلك،ويتم ذلك عن طريق قياس اتجاهاتهم نحو المشروع أو الهـدف المراد قياسه .(الشخص،2001 :127).

يتفق علماء النفس الاجتماعيون أن قياس الاتجاه يعني، تسجيل استجابة الفرد اللفظية والخاصـة باتجاهه نحو موضوع ما، إلى قيمة عددية، من خلال مقياس أو استبيان معد لهـذا الغـرض . ولهذا طوروا عددا من الأساليب المنظمة لاستنتاج وقياس الاتجاه،تمهيدا لتعديلها أو تغيرها ،كما يؤكدون على أن قياسها ييسر التنبؤ بالسلوك ،مفترضين أن الاتجاه يؤثر تأثيرا كبيرا في السلوك الاجتماعي للفرد .(وحيد،53:2001).

تتعدد طرق قياس الاتجاهات وتختلف فهناك الطرق المباشرة وهناك الطـرق غيـر المباشـرة منها:-

أولا:- **مقياس بوجاردوس Bogardis(1925):** تعتبر أول طريقة لمحاولة قياس الاتجاهـات والتي استخدمها لتحديد اتجاهات الأفراد نحو الأجناس أو القوميات المختلفـة ،وكـذلك نحـو جماعات معينة ، وقد أراد بوجاردوس التعرف على مدى تقبل الأمريكيين أو نفـورهم لأبنـاء القوميات الأخرى ،وكان المقياس مكون من سبع عبارات لقياس ذلك، وكانت العبـارة الأولـى تمثل أقصى درجات التقبل ، والعبارة السابعة تمثل أقصى درجات النفور الاجتماعي والعبارات التي بين الطرفين تمثل درجات متوسطة من التقبل أو النفور الاجتماعي .

مثال على ذلك (علاقة حميمة بالزواج - صديق حميم في النادي- جار في الشارع-زميل في العمل-مواطن في بلدي- زائر في بلدي- يجب طرده من البلد). (الأشول،1999:204-205).

ثانيا:_ مقياس ثيرستون: اقترح ثرستون Thurstone (1929) طريقته لقياس الاتجاهات نحو عدد من الموضوعات ، ولهذا قام "ثرستون" بالاشتراك مع زميله شيف Chave بوضع عدد من مقاييس الاتجاهات بحيث يبدأ بوضع عدد كبير من العبارات التي تدور حول موضوع معـين ثم تعرض هذه العبارات على عدد من المحكمين الخبراء في الميدان للتعرف على العبارات التي تمثل مدى واسعا من الشدة على بعد الايجابية المتطرفة والسلبية المتطرفة، ومن ثـم الاسـتعانة بالطرق الإحصائية لتحديد مواقع العبارات الأخرى بين هذين الطرفين ويوضع لكل طرف وزن أو درجة ،ومن ثم يعرض المقياس على الأفراد من خلال الدرجة أو الوزن للتعرف على اتجـاه الفرد نحو الموضوع المراد قياسه. وقد استخدمت طريقة ثرستون لقيـاس الاتجاهـات نحـو الحروب ونحو الكنيسة، ونحو تنظيم النسل، ونحو الزنوج،ونحو الصينيين. ويلحظ علـى هـذا

المقياس بأنه يستغرق وقتا طويلا وجهدا كبيـرا فـي إعـداده وأن الأوزان تتـأثر بـالتحيزات الشخصية للمحكمين خاصة المتطرفين منهم.(الزعبي،2001:205-207).

ثالثا:_ مقياس ليكـرتLiker قـد رأى ليكـرت صـعوبة فـي المقـاييس الـسابقة مثـل ثيرستون،وبوجاردوس فوضع مقياس أقل صعوبة من المقاييس السابقة حيـث يتكـون مقيـاس ليكرت من البنود أو العبارات تبعا لأوزان قيمية معينة ،ويطلب مـن الفـرد أن يجيـب علـى العبارات بما يعبر عن رأيه من حيث المعارضة أو الموافقة ،ويوجد أمام كل بند أو عبارة منها درجات تتفاوت من حيث الموافقة الشديدة إلى المعارضة الشديدة كالأتي:

(موافق جدا ،موافق،محايد،غير موافق،غير موافق مطلقا) وتأخذ كل استجابة منها درجة معينـة تتفاوت بين (5-1)، وفي الإجابة على المقياس يطلب من الأفراد الذي تجرى علـيهم المقيـاس وضع علامة على الإجابة التي تعبر عن رأيهم بالنسبة لكل عبارة من عبارات المقياس،ويلاحظ أن أهم ما يميز طريقة ليكرت هو تفاوت الدرجات أمام كـل عبـارة بـين الموافقـة الـشديدة والمعارضة الشديدة،ثم أنها تتيح للفرد أن يعبر عن اتجاهه بالنسبة لكل عبـارة مـن عبـارات المقياس.(عبد ا ،1996:77).

الاتجاهات الوالدية:Parental Attitudes

وتشير النيال إلى تعريف سيد صـبحي (1976) أن الاتجاهـات الوالديـة نـوع مـن الاتجاهات الاجتماعية فهي اتجاهات الوالدين حيال موضـوع معـين وأسـلوب التعامـل مـع الأبناء،ويمكن التعرف عليها وتحديدها في ضوء استجابات الوالدين إزاء مواقف معينه مرتبطـة بأسلوب معاملة الأبناء .(النيال،2002:45).

للاتجاهات أهمية خاصة،لأنها تكون جزءا هاما من حياتنا ولأنها تلعب دورا كبيرا فـي توجيـه السلوك الاجتماعي للفرد في الكثير من مواقف الحياة الاجتماعية . وتمدنا بذات الوقت بتنبؤات صادقة عن سلوكه في تلك المواقف، فضلا عن كونها مـن النـواتج المهمـة لعمليـة التنـشئة الاجتماعية. (وحيد،2001:40).

وللاتجاهات أهمية بالغة في حياة الفرد، فهي تساعده على التكيف مع الحياة الواقعية كما تساعده على التكيف الاجتماعي وذلك عن طريق قبول الفرد للاتجاهات التي تعتنقها الجماعة فيـشاركهم فيها ومن ثم يشعر بالتجانس معهم. كما تضفي على حياة الفرد اليومية معنى ودلالـة ومغـزى حين يتفق سلوكه مع اتجاهاته ويشبع هذا السلوك تلك الاتجاهات. (عيسوي،1974:193-198).

وتعتبر الاتجاهات من أبرز المفاهيم وأكثرها إلزاما في علم النفس الاجتماعي المعاصر ، فلـيس ثمة اصطلاحا واحدا يفوقه في عدد مرات الظهور في الدراسات النظرية والتجريبية . وقد أرجح ألبورت ذلك لسيادة هذا المصطلح في جميع مدارس علم النفس على الإطلاق ، ويتجنـب هـذا

المصطلح مواجهة مشكلة الوراثة والبيئة ،علاوة على أن هذا المصطلح على قدر من المرونـة بما يسمح باستخدامه على نطاق الفرد ،ونطاق المجتمع ، فهو يدرس الفرد من حيث صلته بالبيئة المحيطة ، مع الاهتمام بما تحدثه هذه الصلات البيئية من أثار على أفكاره ومشاعره وانفعالاتـه وعاداته .(شقير،191:2001).

وتؤثر الأساليب التي يمارسها الآباء في معاملاتهم لأبنائهم على تكوينهم النفسي والاجتمـاعي . فإذا كانت هذه الأساليب المتبعة من قبل الآباء ،هادمة Distractive ،أي تثير مشاعر الخـوف وعدم الشعور بالأمن في نفوس الأطفال ،ترتب عليها اضطرابهم النفسي والاجتمـاعي.أمـا إذا كانت هذه الأساليب المتبعة بناءة Constructive ، أي متوجه بالحب والتفاهم ،أدت إلى تنـشئة أطفال يتمتعون بالصحة النفسية . وفي الواقع فالأساليب التي يمارسها الآباء في معاملة أطفـالهم ،ليست إلا انعكاسا لما تعرضوا إليه من معاملة في أيام صباهم،فهناك فئة من الآباء والأمهـات تمارس مع أطفالهم نوع المعاملة التي كانوا يتلقونها أثناء مراحل طفولتهم، فـإن كانـت هـذه المعاملة التي تلقاها الآباء قائمة على الحب أو الصرامة أو القسوة،نجدهم يتبعون نفس الأسـلوب في معاملتهم لأطفالهم. (النيال ،47-46:2002).

تلعب عوامل التنشئة الاجتماعية وعلى رأسها الأسرة والمدرسة ووسائل الإعـلام والجماعـات المرجعية دورا هاما في تكوين الاتجاهات فالوالدان والمربون ينقلون إلى الأطفال عـن طريـق عمليات التعليم ،والتقليد، والتوجيه،والتبني،وميولهم واتجاهاتهم وتعصبهم ومطامحهم ، ويلاحـظ أنه في مرحلة المراهقة يبدأ صراع بين الولاء للأسرة والرغبة في إتباع الاتجاهات الجديدة فـي العالم الخارجي. وقد يؤدي هذا إلى اضطراب في العلاقات بين الوالدين والمراهق والى سـوء توافق المراهق .(زهران،147:1977).

تعتبر الأسرة هي الوحدة الأساسية في الحياة الاجتماعية ، والنواة الأولى للمجتمع وهي تعمل على إقامة وإشباع العلاقات الإنسانية،وفيها يكتسب الفرد المعايير والقيم والرموز، ومن ثم لا يستطيع أن يبتعد عن أسرته التي نشأ وتربى فيها، وتلعب الخبرات الأولى التي يتلقاها الطفل في الأسرة دورا هاما في تشكيل شخصيته في جميع الجوانب ، فهي لها آثارها علـى سـلوكه وتعلمه، بل وفي معظم الأحيان نجد أن جرائم القتل والسطو تتوارثها الأسر الواحدة جـيلا بعـد جيل.هذا وتوجد أنماط مختلفة للأبوة والأمومة تختلف من مجتمع إلى آخر ومن أسرة إلى أخرى ،ولهذه الأنماط الوالدية المختلفة في التفاعل مع الأطفال، تأثير على سلوك الطفـل سـواء فـي السنوات الأولى أو على المدى الطويل أيضا ،فقد تبين أن الأطفال الذين عاشـوا مـع والـدين يتحدثان إلى الطفل بدرجة كبيرة في الشهور الأولى،كانوا أسرع فـي الوصـول إلـى مرحلـة المناغاة من الأطفال الذين عاشوا مع والدين يكثرون الحديث مع الطفل. ويكتسب الفـرد عـن

طريق علاقاته بأبويه مشاعر الأمن والتقدير والانتماء والكفاية،تلك المشاعر التي تساعده علـى شق طريقه في مستقبل حياته نحو تكوين علاقات مرضيه بغيره من الناس. وكثيرا ما يؤدي نبذ أحد الوالدين أو كليهما للطفل إلى التواء شخصيته ، وإلى جعله يحـاول التعـويض عـن هـذا الحرمان وعدم التقدير وما يترتب عليهما من شـعور بـالنقص بإسـقاطه علـى الآخـرين . (رشوان،1997:147-148).

وتختلف وظائف الأسرة باختلاف أنواعها ونشاطاتها الاقتصادية والاجتماعية المتباينة من خلال تربية أطفالهم وتهيئتهم للتكيف في البيئة المحيطة خارج المنزل ،وذلك لاستكمال دور المدرسـة في العمليتين التعليمية والتدريبية .(الفائدي،1992:199).

وتختلف كل أسرة عن الأخرى ،فالأسرة التي تتميز بالاستقرار العـائلي والثبـات فـي معاملة الطفل وإشباع الحاجات البيولوجية والنفسية للطفل ،أسرة تعمل على بناء شخصية أطفالها البناء السليم،وتشبع في نفوسهم السعادة،في حين أن الأسرة المـضطربة يعـاني أطفالهـا مـن الانحرافات السلوكية والاضطرابات النفسية.

ويجمع علماء النفس مع اختلاف أرائهم على أن الخبرات الأسرية لا سيما في مراحل الطفولـة المبكرة تلعب دورا أساسيا في بناء شخصية أفرادها وفي نموهم النفسي والاجتمـاعي فالطفـل الذي تقوم علاقته بأبويه على أساس قدر من الإشباع المناسب للحاجـات البيولوجيـة والنفـسية ،نتوقع له شخصية مستقلة سليمة تتوافر لها دعائم الاتـزان الانفعالي،والقـدرة علـى التوافـق والتعاون مع الآخرين ،وعلى العكس من ذلك عندما تكون العلاقة بين الوالدين والطفل تقوم على الإفراط في الحب والتدليل والتصاق الطفل بأبويه ،مما ينجم عنه اتكالية مفرطة وأنانية، وضعف الثقة بالنفس،وعدم القدرة على التعاون مع الآخرين. أما إذا كانت علاقة الأبوين بالطفـل تقـوم على الصراحة والقسوة أو عدم أشعار الطفل بالحب مما يؤثر على شخصية الطفل ويجعله أميل للتشاؤم أو عدم المبالاة أو السلبية أو العدوان .وقد يصب الطفل عدوانه على الأسـرة ذاتهـا أو على المجتمع المدرسي . كذلك تؤثر اتجاهات الوالدين على الأطفال من حيث تفضيلهما جـنس على أخر كتفضيلهما الذكور على الإناث أو تمييزها طفلا على أخر لسمات أو أخرى يتميز بها على إخوته كذلك التذبذب في المعاملة كأن يكون الأب صارما والأم صفوحة متسامحة ومغاليـة في التدليل. (أغا،1989 :137).

تعقيب الباحث على مبحث الاتجاهات

من خلال عرضنا لمبحث الاتجاهات يرى الباحث أن الاتجاهات تمثل مكانا بارزا في الكثير من المجالات التطبيقية،مثل التربية والدعاية والصحافة والعلاقات العامة وتوجيه الرأي العام، ولقد تبنى الباحث التعريف الأكثر مناسبا لمرضى الفصام العقلي لأننا نستطيع من خلاله أن نميز الاتجاهات الوالدية على أنها سلبية أو إيجابية نحو المريض الفصامي بناءا على استجابات الوالدين للأعراض المرضية والاضطرابات السلوكية المصاحبة لمرض الفصام،فإذا كان اتجاه الوالدين يتسم بالنفور والاشمئزاز والرفض للمريض فإنه يمثل الصورة السلبية،أما إذا كان الاتجاه يتسم بالتقبل والتفهم للحالة المرضية وتقديم الدعم المادي والعاطفي للمريض فإنه يمثل صورة إيجابية للاتجاهات الوالدية. ومن خلال التطرق لبعض النظريات فجميعها مهم وتعمل على فهم فائدة الاتجاهات حيث أن الاتجاهات تماثل في تعلمها واكتسابها أنماط السلوك والعادات الأخرى،حيث يكون ذلك عن طريق عمليات التعلم والتقليد،والتي تتأثر بدرجة كبيرة بأساليب التنشئة الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي داخل المجتمع الواحد وخارجه،كما تقدم الاتجاهات النفسية والاجتماعية خدمات جليلة للفرد،من حيث تحقيقها لأهداف التكيف الاجتماعي من جهة،ومن حيث أنها تعتبر آليات للدفاع عن الذات من جهة أخرى،كما تؤثر الاتجاهات في عدد من العمليات النفسية ،إذ أن الاتجاهات والآراء والميول والمعتقدات تلعب أدوارا هامة في المواقف الاجتماعية التي يتفاعل بها الفرد مع الآخرين،وتؤثر في رضاه عن علاقته بهم ومدى تكيفه معهم،وإن دراسة الاتجاهات من أكثر الدراسات التي تعارضت فيما بينها فقد تجد دراسة تخرج بنتائج وبعد شهر أو شهرين تجيء دراسة أخرى بنتائج مخالفة للدراسة الأولى،ولقد أخذ الباحث تعريف سيد صبحي(1976) حيث هذا التعريف يعتبر الأكثر مناسبا لمرضى الفصام العقلي لأننا نستطيع من خلاله أن نمير الاتجاهات الوالدية على أنها سلبية أو إيجابية نحو المريض الفصامي بناءا على استجابات الوالدين للأعراض المرضية والاضطرابات السلوكية المصاحبة لمرض الفصام فإذا كان اتجاه الوالدين يتسم بالنفور والاشمئزاز والرفض للمريض فإنه يمثل الصورة السلبية،أما إذا كان الاتجاه يتسم بالتقبل والتفهم للحالة المرضية وتقديم الدعم المادي والعاطفي للمريض فإنه يمثل صورة إيجابية للاتجاهات الوالدية.

المبحث الثاني: الفصام العقلي

تمهيـــد

الذهان (Psychosis): ويقصد به المرض العقلي ،حيث تتصدع الشخصية بشكل ملحوظ ويحدث تفكك فيها وتضطرب صلة المريض بالواقع ويحدث ســوء إدراك لهذا الواقـع ،كمـا يحدث تدهور في المظهر العام للمريض، وقد يظهر بعض التصرفات الطفيلية كـالتبول علـى الملابس أو السير في الشارع في حالة التعري التام أو الجزئي ويحدث اضطراب فـي التفكيـر وتشتت واضح مما ينعكس على الكلام والقدرة على التعبير وقد يصل الأمر إلـى وجـود لغـة خاصة بالمريض وتظهر هلوسات سمعية وبصرية ويحدث اضطراب شديد في المزاج،كما يظهر محتوى اللاشعور بصورة فجة وصريحة في سلوك المريض،ويظهر ذلك في الانـسحاب مـن العلاقات الاجتماعية وفي أشكال السلوك النرجسية- التمركز حول الذات- والسلوك الجنـسي- العدواني.وعادة لا يشـعر الذهاني بمرضه ولا يعترف به ولا يرغب في تغيير حالته ولا يهـتم بنفسه أو ببيئته ويمكن أن يرجـع الذهان إلى أسباب وعوامل عضوية،حيث يرتبط بتلـف فـي الجهــاز العصبي مثل ذهــان الشيخوخة والذهان الناجم عن اضـطراب الغـدد الـصماء. ويمـكن أن يكـون الذهــان وظيفيا أي نفسي المنشأ وهو الذي لا يرجع إلى أسباب عضوية ومن أهم صوره الوظيفية الفصام وجنون العظمة والاضطهاد والهوس .(الداهري،2008:217).

ومنـذ عقود عديدة والمتخصصون يؤمنون أن الفصـام اضطراب ذهــانـي يجعـل المريض منكب على ذاته، مشغول بعالمــه الخاص بما يحمله من هلاوس وضلالات وأوهام، مارق من قيم ومعايير المجتمع التي ربما يكون قبل أن يقــع فريسة للمرض من بـين أكثـر الناس الـتزاماً بها، وأحياناً يبدو للآخرين وكأنه جاء من كوكــب آخر، ولذلك فهو لا يعرف الفرق بين الحقيقة والخيال "أي انه فقد ارتباطه بالواقع" فقد يسمع صوتا يأمره بشئ وينهض من فوره لتنفيذ ما يسمعه من أوامر، أو قد يعتقد أن الآخرين يدسون له الـسم فـي الطعـام أو أن المحطات التلفزيونية العالمية تذيع أخباره، أو أنه مجند من قبل جهاز المخابرات للتجسس علـى دولة عظمى، ولم يجد مصطلح من سوء الفهم والخلط والتشويش مثلما وجد مصطلح الفصام.

والفصام اضطراب أو مجموعة اضطرابات يتصف بأعراض ذهانية محددة الملامـح وأخـرى غير محددة الملامح، وعلى مدار ما يقرب من قرن مـن التـاريخ عـرف مـصطلح ذهـاني psychotic تعريفات عديدة ومتباينة لم يجد أي منها قبولاً مطلقاً، أضيق هذه التعريفات تقيـده بالضلالات (الهذاءات) أو بالهلاوس الواضحة التي تحدث في غياب الوعي بالحالة المرضية. (عبد الرحمن،2000:387-389).

المرض النفسي:Mental Illness

يمكن تعريف المرض النفسي بأنه اضطراب وظيفي في الشخصية ،نفسي المنـشأ،يبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة ويؤثر في سلوك الشخص فيعـوق توافقـه النفـسي ويعوقه عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه .

والمرض النفسي أنواع ودرجات .فقد يكون خفيفا يضفي بعض الغرابة على شخصية المـريض وسلوكه،وقد يكون شديدا حتى يدفع بالمريض إلى القتل أو الانتحار.وتتباين أعـراض المـرض النفسي تباينا كبيرا من المبالغة في الأناقة إلى الانفصال عن الواقع والعيش في عالم من الخيال. والأمراض النفسية كثيرة ومنتشرة ويزيد عددها عن عدد حالات شلل الأطفال ومـرض القلـب والسرطان مجتمعة.ولم يعد المرض النفسي الآن وصمة عار كما كان سابقا بعد أن أخـذ كـل مرض طريقه نحو العلاج والشفاء .(زهران،1997:9-10).

تعريف الفصام العقلي اصطلاحا :-

يعرف الفصام على أنه " اضطراب عقلي لا يوجد له أساس معروف، ويتضمن تفككاً في وظائف الشخصية الإدراكية والمعرفية والانفعالية ". (إبراهيم، وعسكر، 1999:85).

تعريف الفصام العقلي في اللغة:-

فصم:

فصم:فصما الدمج ونحوه: كسره من غير أن تتفرق كسره

تفصم :وانفصم: انكسر من غير بينونة\تصدع

2.عقل:عقلا البعير:ثنى وظيفة من ذراعه فشدهما معا بحل هو العقال.

عقل الدواء بطنه : أمسكه

عقل: أدرك

عقل: عرف الخطأ

العقل: جمعه:عقول: نور روحاني به تدرك النفس ما لا تدركه بالحواس، وقد سمي العقل عقلا لأنه يعقل صاحبه عن التورط في المهالك،أي يحبسه.(المنجد، 1998 :520-586).

الفصام العقلي: الإنقسام بين العقل المضطرب والانفعال الأشد إضرابا.

تعريف الفصام :-

***يعرف الفصام على أنه** " اضطراب عقلي لا يوجد له أساس معروف، و يتضمن تفككـاً فـي وظائف الشخصية الإدراكية والمعرفية والانفعالية ". (إبراهيم، وعسكر، 1999:85).

*و **يعرف الفصام بأنه** " مرض ذهاني يؤدي إلى عدم انتظام الشخصية وإلى تدهورها التدريجي ". ومن خصائصه الانفصام عن العالم الواقعي الخارجي، وانفصام الوصلات النفسية العادية في السلوك.والمريض يعيش في عالم خاص بعيداً عن الواقع، وكأنه في حلـم مـستمر.(زهـران، 45:1992).

***يعرف الفصام بأنه**" حالة الفصام العقلي التي تتميز بالبلادة والانسحاب عـن المجتمـع وعـن الحياة الاجتماعية العادية ".

***ويعرف سترانج الفصام** بأنه " اضطراب عقلي وهو من الأمراض الوظيفيـة Fumexionad أي تلك الأمراض التي لا ترجع إلى أسباب عضوية في جسم الإنسان أو فـي مخـه، ولكنهـا اضطرابات تطرأ على الوظائف العقلية فقط ، ومن أعراضه الانسحاب من المجتمع و الـبلادة الانفعالية ".

***أما ستانفورد فيعرفه** بأنه أحد الأمراض العقلية ، وفيه يتصف الفرد بالابتعاد عن عالم الحقيقة، ويتضمن هذا المرض الهلاوس والأفكار الزائفة أو الهربان و الانسحاب والاضطراب الحاد في الحياة الانفعالية عند المريض.

***أما جيمس دريفر** يشير إلى وجود تفكك في حياة المريض بين الحياة العقلية والحياة الانفعالية، كما أن الحياة الانفعالية نفسها يغيرها التفكك والانحلال وعدم التماسـك والتناسـق أو التنظـيم. (العيسوي،1995 :186).

***ويعرف الفـصام** بأنه " مرض ذهاني، يحدث بصورة أكثر شيوعا ويتميـز باضـطراب فـي الوجدان وظهور أعراض الانسحاب إلى عالم الخيال، واضطراب التحكم الانتقـالي ووظـائف التفكير و اللغة، ويعيش المريض في عام خاص من صنعه وكأنه يعيش في حلم ".

***ويعرف الفصام** أيضا على أنه " نوع أو أنواع من الاضطرابات العقليـة يتنـاول الشخـصية بأكملها، وتبدو أعراضه على المرض بدرجات متفاوتة، ويتضمن عادة صلة المريض بالعـالم الواقعي إلى حد قليل أو كبير، قد يصل في بعض الحالات الشديدة إلى أن يعيش المريض دنيـاه الخاصة وكأنه في حالة من حالات أحلام المنام ".(داود وآخرون،1992 :333).

***الفصام** عبارة عن مجموعة من الاضطرابات العقلية ليس لها سبب عضوي ظاهر في الجهاز العصبي، وأنها عدة أمراض، مختلفة تمام الاختلاف عن بعضها و لا يمكـن توحيـدها تحـت اسم واحد ".(عكاشة ،1984 :185).

***الفصام** عبارة عن مجموعة من المتلازمات المرضية التي غالبا ما تبدأ في مرحلة مبكرة مـن العمر وتؤدي إلى قابلية ملحوظة للانسحاب من الواقع وتدهور الشخصية .(حامد،29:1991)

* **ويعرف الفصام** بأنه " مرض ذهاني يتميز بمجموعة من الأمراض النفسية و العقليـة التـي تؤدي إن لم تعالج في بدء الأمر إلى اضطراب وتدهور في الشخـصية و الـسلوك .. وأهـم

الأمراض اضطرابات التفكير، والواجب، والوجدان ، والإدراك، والإرادة والسلوك ".(عكاشـة ، 249:1998).

* **ويعرف الفصام** بأنه حالة مرضية تتميز بتدمير بنية الشخـصية أو تفككهـا مـسئولة عـن فقدان الاتصال بالواقع وعن فقدان التكيف التدريجي مع الوسط ".(أسعد ،1985:2001).

* **الفصام** مرض ذهاني يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية التي تؤدي إن لم تعـالج في بدء الأمر إلى اضطراب وتدهور في الشخصية والسلوك ..(عبد المعطي،341:1998).

التعريف الإجرائي:-

يأخذ الباحث تعريف (عبد ا ، 199:2000).

" هو مرض ذهاني وظيفي يتميز بمجموعة من الأمراض النفسية والعقلية التي تؤدى إن لم تعالج في بدايتها إلى اضطرابات أو تدهور واضح في الشخصية و السلوك في جوانبه المختلفة، أي أن هذا الاضطراب يشمل الجانب العقلي والوجداني من شخصية المريض ويبدو في سـلوكه فـي شكل تدهور واضح ".

عرض تاريخي لنشأة المرض وتسميته Historical overview

في بدايات القرن السابع عشر بدأت في أوروبا نهضة علمية شاملة وخاصة في مجـال التعاطي مع الأمراض النفسية والعقلية فقد نادى العالم الإنجليزي تومـاس سـيدنهام Thomas Sydenham (1934-1989) إلى الاتجاه إلى التجريب في تصنيف الأمراض وخاصة مرض الفصام ما اثر معه في تناول كثير من العلماء الذين أتوا من بعده في إثراء هذا الاتجـاه العـالم الألماني ويلهيام كريسنجر Wilhelm Griesinger الذي أصر على وجود أسباب فيزيولوجيـة للأمراض العقلية،وقبله أكد روبرت برتون Burton علـى تلـك الأسـباب .وكـان كـربلين kraeplinو العالم السويسري يوجين بلولر، Eugene Bleuler لهم تأثيرات مقدرة فيما يتعلـق بفهمنا لمرض الفصام،ولكن فضل التسمية والتي عرف بها المرض سابقا وهو العته ترجع إلـى مورل Morel وهو طبيب نفسي وصف فيها المرض على أنه حالة من التدهور لأفراد بـدأت عندهم الأعراض في مراحل المراهقة .

ويرجع الفضل في فهم ومعرفة مرض الفصام العقلي لكربلين kraeplin الذي اسـتخدم تعبيـر العالم Morel ليضع مجموعة من الأمراض تحت وحدة واحدة أطلق عليها اسم "مرض العته أو الخرف المبكرDementia praecox"، حيث اعتقد كربلين بأن الفصام ينشأ نتيجـة اضـطراب عصبي (نيورولوجي) وذلك في محاوله منه على مـا يبـدو للتفريـق بينـه وبـين مظـاهر الاضطرابات المزمنة الأخرى ذات الطبيعة الشاذة. وفي عام 1980م عنـد ظهـور الإصـدار

الثالث من الدليل الإحصائي التشخيصي لجمعية الطب النفسي الأمريكية DSM III،اتضح وبقوة عودة التأثير البيولوجي والذي أدى بدوره إلى النظر لمرض الفصام العقلي والأمراض العقليـة الأخرى كأمراض عقلية /نفسية في المقام الأول .كل ذلك أدى إلى النظر بكثير مـن الاحتـرام لوجهة نظر كربلين فيما يتعلق بنشأة مرض الفصام والأمراض النفسية الأخرى ، بالإضافة إلى ذلك قام الكثيرون بتوجيه النقد لتفسيرات بلولر برغم أهمية إسهاماته والسبب في ذلك انه قلل من أهمية المحكات التشخيصية على حساب التفسير السيكولوجي وقام كذلك بالتقليل من قيمة تـأثير الأعراض على المسار الذي عادة يصاحب مرض الفصام .(سيد و المغيري،2005 :111-112).

مـدى انتشـار المـرض:

يتعـرض حـوالي 1% من السكـان لمـرض الفصـام خـلال حياتهم،وعلى الـرغم من أن هذه النسبة تبدو محدودة مقارنة بنسبة انتشـار الاضطرابات المزاجية مثـل اختـلال الاكتئاب الأساسي مثلا،إلا أن للفصـام آثار سلبية حـادة جدا على السلوك حيث تضعف لـدى المصابون به الكفاءة أو الأداء الوظيفي، وغالبا لا يجد مرضى الفصام مأوى لهم سـوى أسـرة مستشفيات الأمراض العقلية ويمكن مقارنة نسبة انتشار الفصام وخطورته باختلال ذهاني خطير مثل الاختلال المزاجي ثنائي القطب الذي يبلغ معدل انتشاره 5% ولكن في الغالب لا يتم هؤلاء المرضى بالمستشفيات.وإن الفصام يشيع أكثر بين المراهقين وصغار الراشدين حيـث يتطـور غالباً خلال الفترة العمرية من 16 _ 25 سنة ولكنه أقل حدوثاً بعد الخامسة والثلاثين من العمر. ومتوسط العمر عند دخول المستشفى لأول مرة يكون في منتصف العشرينات تقريبـاً بالنـسبة للرجال وفي نهاية العشرينات بالنسبة للنساء، وعلى الرغم من أن معدلات انتشار المرض تكـاد تكون متساوية بين الجنسين إلا أن معدله يرتفع بين الذكور حتى الثلاثين من العمر، ثم يتفـوق النساء على الرجال في معدل الإصابة بالاضطراب بعد الثلاثين، وفي المراهقـة تكـون نـسبة المرضى الذكور إلى الإناث 1:2 أما فيما بعد الخامسة والخمسون تصبح نسبة الذكور إلى الإناث المرضى 2:1 ولذلك يكون المراهقين الذكور عرضة لخطر الفصام مـن المراهقـات الإنـاث ويرجع البعض هذه الاختلافات إلى التوقعات والأدوار الاجتماعية التي تلقى على كاهل الـشباب في هذه المرحلة في حين يرجعها البعض الآخر إلى أنه من الممكن إلحاق المرضـى الـذكور بالمصحات العقلية دون أن يلحقهم ما يلحق الإناث من لعنات المجتمع.(عبد الـرحمن،2000:-414 413).

مدى انتشار الأمراض النفسية في قطاع غزة

لقد أجريت دراسة في قطاع غزة عام(1992) حول انتشار الأمراض النفسية في قطـاع غزة على عينة مكونة من 2600 من الكبار من الجنسين تم اختيارهم بطريقة عشوائية وجـد أن 12.5% من العينة يعانون من القلق و 8.3% لديهم أعراض الاكتئاب ومن يعانون من أعراض سيكوسوماتية 10.7% ومن هذاءات العظمة 3.2% وإذا قارنا هذه النتائج مع ما توصـل إليـة الباحثون على مستوى العالم فهناك زيادة في المشاكل والاضطرابات والأمراض النفـسية فـي قطاع غزة.(أبو هين،والسراج،1992:1-12).

أسباب الفصام

ترجع أسباب حدوث مرض الفصام إلى عوامـل الوراثـة، الاضـطرابات العـضوية، الاضطرابات البيوكيميائية، الضغوط الاجتماعية، والعلاقات العائلية، العمر، الجـنس، الطبقـة الاجتماعية بالإضافة إلى الأحداث السيكولوجية في حياة المريض من بين العوامل شديدة الأهمية في حدوث الفصام، فالأوضاع الأسرية، وخبرات الطفولة والمراهقة والـشباب المبكـر تكـون سلسلة من الأسباب والنتائج تؤدي إلى أسلوب في الحياة يتميز بعدم الاستقرار، وبأنه عرضـة للتغيرات المرضية، حيث يقوم الفرد ببناء دفاعات نفسية أي وسائل نفسية يسعى عن طريقها إلى حماية إحساسه بهويته وبتفرد ذاتيته، وعندما يثبت فشل تلك الدفاعات ويصبح غير قـادر علـى قبول نفسه على الإطلاق يلجأ لما يمكن تسميته بالدفاع الذهاني، وهنا تظهر أعـراض مـرض الفصام وتسمح له بأن يستقر في الحياة بقدر أقل من الألم. (عبد ا ، 2000:206).

وفي دراسة لتاريخ عائلات المرضى الفصاميين وجد أن 68,1% من الأطفـال الـذين انجبوا من أباء فصاميين يصبحون فصاميون .كما وجد أيضا ارتفاع نسبة الفصاميين عند التوائم المتماثلة داخل المستشفى،فعندما يكون احدهما فصاميا فان احتمال حدوث الفصام لـدى الأخـر يكون قائما بنسبة 85% ويتبع العوامل الوراثية عوامل أخرى لها دور هام في ظهور المـرض من أهمها التكوين الجسمي والتغيرات الجسمية .ولقد أشارت بعض الدراسات إلـى أن الفـصام يكون أكثر انتشارا لدى الأشخاص الذين يتميزون بالنحافة ولدى بعض المشوهين جسميا ،ويندر وجوده لدى الذين يتميزون بالبدانة.وتشمل التغيرات الجسمية حدوث تغير فـي الغـدد،وتغيرات بيوكيميائية وتغيرات في الجهاز العصبي.

كما اتجهت آراء بعض علماء النفس إلى أن البيئة المحيطة وعوامل الفشل التي تنهـار أمامهـا الدفاعات النفسية للفرد،كالرسوب غير المتوقع في الامتحان ،والفشل في العمـل تعتبـر أسـبابا مولدة للمريض، كما أن الصدمات النفسية الحادة والحرمان في الطفولة المبكـرة، والـصدمات

النفسية العنيفة التي تحدث أثناء الحروب والنكبات تسبب ظهـور أعـراض الفـصام. واعتبـر أصحاب هذا الاتجاه إن الاختلال عبارة عن المحصلة النهائية لتراكم الضغوط النفسية ،والعادات الخاطئة على مر السنين.

ولقد أوضح "سوليفان"أن الفصام له طبيعة اجتماعية ،فهو يحدث نتيجة لسوء العلاقة الاجتماعيـة بين المريض حين كان طفلا وبين أحد والديه أو كليهما ،كما يرى أن ما يصل إلى الطفـل مـن الوالدين من قلق وسوء تقدير وعدم موافقة وتهديد بسحب الرضا عنه قد تسبب كلها التجاء الطفل إلى ما يسمى بتغيرات مشوهة للموقف الاجتماعي،ومع وجود خال في الجهاز النفـسي ،يمتنـع المريض عن أن يكتسب الأساليب التوافقية الآمنة ويفضل العودة إلى الخبرات المفككة التـي لا تنتسب إلى الذات التي تميز الذهان .(داود والطيب،1991:334-335).

أهم العـوامـــل والنظـريات التي تفـسر الفصام:

تعددت الآراء التي تحاول تفسير مرض الفصام غير أن معظم هذه الآراء لازالت مجرد فروض لم تتحقق، وإذا صدقت على بعض الحالات فإنها لم ترق إلى مستوى التعميم وذلـك لأن مرض الفصام تتعدد مظاهره وتصنيفاته،وهناك شك فيما إذا كان من الممكن التوصل إلى تفسير يصدق عليها جميعا رغم المحاولات التي تبذل للعثور على عناصر مشتركة تجمع بينها.فهنـاك مثلا نوبات فصامية مؤقتة تعتري بعض الأفراد ممن كانوا أسوياء قبل هذه النوبات ،وتمر النوبة ويعودون إلى ما كانوا عليه من السواء دون عودة النوبات إليهم، وهناك الحالات المرضية التي تستمر وينتهي الفرد معها إلى الانهيار التام فالفصام ليس وحدة مرضية واحدة ولكن فئة تـضم مجموعة من الأعراض المتعددة لها مظاهر مشتركة أهما غرابة الأعـراض وتـشوشها،وكذلك غرابة الأفكار والانفعالات وصعوبة التنبؤ بها . (جلال،1986:215).

أولا:- العوامل الجينية: Genetic

أكدت العديد من الدراسات دور الجينات في الفصام وفي الثلاثينـات فـي الدراسـات الروتينية للجينات الفصامية لوحظ أن معدل الانتشار بين أفراد العائلة أكثر منه بين عامة الناس وتزداد كلما قربت صلة القرابة، ومن دراسات القوائم لوحظ أن الانتشار بين القـوائم المتماثلـة 47%، وبين غير المتماثلة من 10 – 12% وكشفت دراسات التي للأطفال الذين اخـذوا مـن آبائهم الفصاميين وربوا في أسرة غير فصامية أن معدل انتشاره هو نفس المعدل كما لو ربـوا مع آبائهم الأصليين كما أن متابعة القوائم المتماثلة الذين تم فصلهم عن بعضهم وتمت تـربيتهم في أماكن متباعدة أعطت نفس معدل الانتشار كما لو تم تربيتهم مع آبـائهم، وللعامـل الجينـي أهمية في حدوث مرض الفصام حيث أن البيولوجيا الجزيئيةmdecular bidogy كشفت عـن

الارتباط بين موضع الكروموسومات والفصام، وأن أكثر من نصف الكروموسومات,18 ،11 و التصرف لكروموسمي 19, X ، ولكن عدم تطابق معدل الحدوث بين القوائم المتماثلة يشير إلى أهمية العوامل غير الجينية أيضا.

ثانيا: - العوامل البيولوجية: Biological

وتعد من أكثر العوامل المسببة للفصام خطأ في الدراسات التي تناولت أسـباب الفـصام ودور النواقل العصبية في زيادة أو نقص نواقل عصبي neurotransmitter معينة أو تغيرهـا في المستقبلات قبل المشبكية أو بعدها، وزيادة معدل الدوبامين الذي يعتبر المسبب الرئيـسي للفصام وذلك إما لزيادة إنتاجية وتخلق مستقبلات دوبامينية وزيادة نشاط الدوبامين أو تراكمـه لنقص الأنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية MAO ، أو لزيادة حساسية المستقبلات بعد المشبكية للدوبامين، حيث أن مضادات الذهان التي تعد مثبطة لنشاط الـدوبامين تقلـل مـن الأعـراض الذهانية، ثم زيادة نشاط النورادرينالين حيث أن بعض مرضى الذهان الحاد قد يتحسنون بتعاطي البروبرانولول (Propranolol) الذي يعمل على قفل مستقبلات البيتاادرينالية كما لوحظ زيادة النورادرينالين في منطقة الدماغ الأوسط في مرضى الفصام، ونقـص الجابـا GABA وهـي مثبطة، خاصة في منطقة نواة accumbens مع زيادة الـدوبامين فـي نفـس المنطقـة، وأن الديازيبام الذي يعد منشط لمفعول الجابا له مفعول مضاد للذهان في بعض مرضـى الفـصام، ونقص السيروتونين حيث أن مضادات الذهان تتحـد بمـستقبلات الـسيروتونين ويقـل مولـد السيروتونين (التريبتوفان) في حالات الفصام الحادة.

ثالثا: - العوامل الفسيولوجية العصبية: Neurophysiological

إصابات الدماغ البؤرية وتظهر في وجود تشويش في تخطيط الدماغ بزيادة في موجات بيتا السريعة ونقص في موجات ألفا، ولوحظ أن هذا التغيير يشبه ما يحدث للبالغين عند تعاطيهم دواء الهلوسة (LSD) مما يؤدي إلى تكوين خاطئ للشخصية في هـؤلاء الأطفـال المعـرض لصور مرضية من الآباء والأمهات .(سمور،2006 : 187-188).

رابعا: - نظرية واين وسنجر: wynne and singer

تشير هذه النظرية إلى احتمال وجود أنماط للتفكير و الاتصال بين عائلات الفـصاميين شبيهة لما يحدث في المرضى لدرجة أنه يمكن التنبؤ بمرض المريض إذا درست العائلة بأكملها، وتفسر هذه النظرية نشأة المرض على أنها امتداد لتفاعل الوراثة مع اكتساب اضطرابات التفكير من العائلة مما يعجز بدورها الاستعداد الوراثي وبهذا يكون الطفل المهيأ للفصام سـيئ الخـط لسببين أولهما أنه ولد مهيأ بجهاز عصبي ومورثات لها الاستعداد للفصام وثانيها أنه ينشأ فـي بيئة تساعد على اكتساب أعراض الفصام.

خامسا: - نظرية لانج وساز Laingand szasz

(النظرية المضادة للطب النفسي) (Antipsychiatry) يرى لانج وساز (1962) أنه لا يمكن تفسير الفصام في إطار طبي وأن الحل الأمثل شموله تحت الإطار الاجتماعي والإنساني و تتلخص النظرية في أنه عرف الفصام بأنه نعت أو لقب يتداوله ويسقطه البعض على الأخر تحت ظروف اجتماعية معينة وهو ليس مرضا في الإطار الطبي فالفصام حقيقة اجتماعية معينة وحدث سياسي ويرجع ذلك لأن الفصام هو أحد أنواع الاغتراب والذي يرتكبه الإنسان في حق أخيه بطريقة وحشية عنيفة.وإن السلوك المخالف والذي يلقبه البعض بالفصام ما هو إلا إستراتيجية خاصة يلجأ إليها الفرد، ليتعايش مع مواقف غير محتملة، وإنه إذا لقب أحداً بأنه فصامي فسيبقى هذا النعت وسيتجه العلاج نحو تعزيز هذا السلوك الذي سمي بالفصام في بدو الأمر وتدور اللعبة في حضنه مفرغة.(عكاشة ،1998:257-258).

سادسا: - التفسير الفرويدي: Freud

يفسر الفرويديون الفصام بعملية "النكوص"،ونكوص الفصامي يختلف عن نكوص العصابي في أنه نكوص يعود إلى مرحلة تسبق أي مرحلة ينكص إليها أي مريض بالعصاب ،والفصام عند الفرويديين هو نكوص إلى المرحلة التي كانت فيها الأنا غير متمايزة أي نكوص إلى النرجسية إذ يفقد المريض اتصاله بعالم الأشياء أو عالم الواقع وتتحطم أناه .وتشير بعض أعراض الفصام على أنها تعبير لنكوص تحطمت فيه الأنا ومحاولة انفصامها عن عالم الأشياء الذي ساعد على تكوينها والعودة إلى المستوى البدائي ،كما تشير بعض الأعراض إلى محاولة المصالحة والترميم .ويدخل في الأعراض من النوع الأول التخيلات التي تتضمن الرغبة في تحطيم العالم،والإحساسات الجسمانية ،وانفصام الشخصية وأوهام العظمة ،والطرق البدائية في التفكير والكلام،وأن الفصامي يفشل في تنظيم العلاقة بالموضوعات بطريقة واقعية لانقطاع الرابطة الانفعالية بالموضوعات والنكوص إلى مرحلة عالم ما قبل الأشياء قبل تكوين الأنا.

سابعا: - التفسير البافلوفي: Pavlove

يرى بافلوف أن ردود الفعل الفصامية تعود إلى انتشار نوع من الكف الوقائي في المخ .ونظرا لضعف خلايا المخ عند الفصامي تصبح المنبهات العادية حادة وتؤدي بالتالي إلى تكوين الكف الوقائي،ويتكون الكف عادة في القشرة ولكنه يصل إلى جذع المخ .وتتوقف الصورة الإكلينيكية على قوة ومدى عملية الكف،فنوبات الهياج في الكتاتونية مثلا تحدث في الحالات التي يكون الكف عندها في القشرة فتفقد سيطرتها على طبقات ما تحت القشرة لذلك تكون حركات الكتاتوني في نوبات الهياج مضطربة غير منتظمة وغير متناسقة .ويرى الماديون أن ردود الأفعال الفصامية الأساس فيها هو ضعف خلايا المخ والسبب في هذا الضعف تسمم الكائن الحي كله بما في ذلك المخ واختلال العمليات الميتابولية وخاصة البروتينية أما سبب هذا التسمم فليس

معروفا حتى الآن،وقد أثبت البحث الميكروسكوبي للمخ وجود اختلالات عضوية فيه .(جلال،1986:216-218).

العوامل النفسية في ضوء النظرية التحليلية والدينامية

حيث أكد فرويد على أن الذهان فيه تثبيت في مراحل مبكرة من النمو النفسي وضعف الأنا هي سبب الفصام وعدم دمج الأنا في الفصام يرجع إلى أن الاضطراب نشأ قبل قيامها ولهذا تظهر الصراعات في ظل الأنا (ego) غير ناضجة، وضعف في العلاقة الأمومية وهي وقود أعراض الفصام، والفصام هو نكوص كاستجابة للصراع والإحباط في العلاقة مع العالم الخارجي، بينما العصاب هو صراع بين الأنا والهو (Id)، ولكن آراء فرويد في الفصام لم تصقل بالناحية العملية في علاج الفصاميين.

وبالمقارنة مع سوليفان Sullivan الذي كان له الاندماج في علاج لهذه المجموعة أرجعها إلى اضطراب وصعوبة العلاقة الأولية والتي ترجع للأم القلقة . ولقد أشار سمور إلى ما اعتبرته ميلان كلين Melanie Klein (1882-1960) أن الفصام يحمل دوافع الغيرة والسادية مما يجعل المريض قابل للقلق البارانويدي، ويؤدي إلى الانسحاب والتداخل في الدفاعات والإسقاط التمييزي progective identification ، وينمو الطفل بوضع اكتئابي بدون مناقشة ويثبت على الموقف البارانويدي الفصامي.

وبشكل عام التحليليين أرجعوا الفصام لضعف في الأنا حيث تؤثرفي تفسير الواقع وضبط الدوافع الداخلية مثل الجنس والعدوانية، والاضطراب في العلاقة يرجع إلى تشويش في العلاقة الأمومية التبادلية منذ الطفولة، ويعيش الفصامي في أحلامه اليقظة وعدم القدرة على ضبط الدوافع من الذات، ويحمل الفصام معاني رمزية للمرض.

وفي النظرية الدينامية تعتبر دينامية الصراع تتكون كاستجابة لهذا الصراع، فالكبرياء استجابة دفاعية معاكسة للإحباط وقلة قيمة الذات، اضطراب العلاقة بالآخرين التي تعود إلى مراحل نمو الطفل الأولى، حيث انعدام الثقة في الآخرين والحساسية الشديدة تجاه عدم قبوله منهم، الأمر الذي يجعله هشا يميل للانسحاب والذواتية كحل للمحافظة على أمنة الداخلي واعتباراته لذاته وتجنبه القلق، وهذا يفصله عن الواقع أكثر ويزيد من رفض الآخرين له، فيزداد إحباطه أكثر ويتهدد اعتباره لذاته أكثر.(سمور،2006:189-190).

تفسيرات أخرى للفصام

التفسير النفسي المرضي للفصام: -

تختلف عادة أعراض المرض على الرغم من أن المرض واحد وهو بعكس الأمـراض الجسمية التي تتشابه فيها العلامات والأعراض ويتضح ذلك من خلال أهمية العوامل الشخصية الذاتية والصراعات النفسية المختلفة التي يمر بها المريض قبل ظهور المرض فنجـد شخـصاً يعتقد أن المخابرات وأخر يؤمن بأنه المهدي المنتظر وثالثاً يؤكد أن زوجته متآمرة عليه لقتلـه ورابعاً يرى أن أشعة الليزر مسلطة على فمه لوقف تفكيره. ويرى كريبلين أن الفصام ما هـو إلا عته وتدهور تام في الملكات الفكرية والاجتماعية ينتهي بتحطيم تام في الشخصية وأن هـذا العته يبدأ مبكراً في سن المراهقة ويستمر على الرغم من محاولات العلاج. ويؤمن سترانـسكي Stansky أن الفصام ما هو إلا عدم توازن في النفسية الداخلية للفرد بين الانفعـال والتفكيـر، وإن كل الأعراض ناتجة عن هذا الخلل.

وقد فسر بلولير Bleuler الفصام بأن اضطراب أولي وابتسام في التفكير ومن هنا جاء الاسـم "الفصام" وإن كل أعراض هذا المرض ناشئة عن عدم ترابط الأفكار.أما ماير Meyer لا يؤمن بأن الفصام مرض خاص، بل أنه وسيلة الفرد للتكيف البطيء مع الظروف الاجتماعية والبيئية التي يمر بها خلال مراحل نموه المختلفة وأنه قد اختار لنفسه هذه الوسيلة في التفكير والسلوك والتأقلم البيئي ويعتبر كل الاضطرابات النفسية استجابات لعوامل بيئية.(عكاشة، 1998:265-266)

أطوار الفصام

طبقا لتعريف الرابطة الأمريكية للطب النفسي في DSM.IV يعد الفـصام اضـطراباً مزمناً حيث ينبغي ألا تقل مدة دوام الأعراض عن ستة شهور وفـي معظـم المرضـى تـأتي الأعراض ثم تختفي، وعموما فالأفراد الذين يعانون لفترة قصيرة نسبيا مـن مـستوى مرتفـع الأعراض الإيجابية كالهلاوس والضلالات أو الذين يعانون أعراضا سلبية مثل تسطح المـشاعر والانسحاب الاجتماعي كلاهما يندرج تحت الاختلال الفصامي المزمن وتوجد للفـصام ثـلاث أطوار هي :

أولا: - الطور الإنذاري: Prodromal Phase :

وهي الفترة التي تسبق ظهور الأعراض بشكلها الواضح و لا يكون فيها تدهور ظاهر في مستوى أداء الفرد عموماً، حيث يميل الفرد إلى الانسحاب الاجتماعي، مع إهمـال لمظهـره ومسئولياته، وتكون لديه مشكلات تتعلق بالتواصل، ويبدى افتقار إلى القدرة على المبادأة لعمـل شيء ولديه بعض الأفكار الغريبة أو الشاذة. وخلا فترة الطور الإنـذاري يلاحـظ الوالـدين و الأصدقاء وزملاء عمل المريض أنه لم يعد بعد نفس الشخص الذي يعرفونه مـن قبـل ومـن

الصعب تحديد مدة دوام الطور الإنذاري بدقة قاطعة ولكن إذا انسحب الشخص تدريجيا وأبـدى زيادة تدريجية في السلوك الشاذ على مدار عدة سنوات قد يخلـق نوعـاً مـن الـصعوبة فـي التشخيص.

ثانيا:- الطور النشط أو الحاد : Active or acute phase :

وخلاله تظهر على الفرد الأعراض الذهانية مثل الضلالات والهلاوس وفقـد الارتبـاط والسلوك الحركي الشاذ، وقد يرتبط بداية الطور النشط ببعض ضغوط الحياة مثل تغيير مكـان العمل أو السكن، ولادة طفل جديد، فقد العمل، موت عزيز أو حتى الترقية إلى وظيفة أو درجة علمية أعلى، ويحدد التشخيص الشكلي للفصام علامات من الاختلال لمدة ستة شهور على الأقل وأن تتضمن شهر واحد من الأعراض النشطة .

ثالثا:- الطور المتبقى : residual phase :

وهو يتبع أو يلي الطور النشط، ويتشابه مع الطور الإنذاري في خصائص مـن قبيـل الانسحاب الاجتماعي، وعدم النشاط ووجود الأفكار الشاذة، كما أن الأعراض الذهانية كالهلاوس والضلالات ربما تكون مثابرة (متواصلة التواجد) ولكنها غير مقترنة بأثر حاد، وخلال الطور المتبقى تكون الأعراض السلبية (تسطح المشاعر، قلة الكلام واضطراب الإرادة) لها السيطرة والغلبة، بالإضافة إلى القصور في النواحي الاجتماعية والمهنية . (عبد الرحمن،412:2000).

مجرى المرض

قبل أن تظهر الأعراض المميزة للفصام بفترة طويلة يمكن أن يظهـر طـور إنـذاري يستمر لأسابيع أو لأشهر،يتميز بالمزاج الاكتئابي في غالبية الأحوال.يسير المرض على دفعات ،وفي أحوال معينة يمكن بعد أطوار عدة من المرض أن تبقى أعراض متبقيـة مزمنـة،غير أن الغالب أن يمر المريض بمرحلة خالية من الأعراض بعد طور حاد من المرض.وفي الحـالات النادرة جدا تظل الأعراض الفصامية الايجابية مستمرة بصورة مزمنة تتميز بالأعراض السلبية للفصام .وفي أثناء الطور الحاد من المرض،وفي فترة الشفاء يمكن أن يمر المـريض بأزمـات تحمل في طياتها خطر الانتحار .وبعد دفعات حادة تحدث حالات من التحـسن اللاحق،تتـصف بحالات من المزاج الاكتئابي والإنهاك،غير أنها تختفي بعد بعض الوقت. (رضوان،431:2002).

الأعراض الإكلينيكية

يوضح المرشد الطبي النفسي لتشخيص الأمراض النفسية و العقلية الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية سنة 1980 أن هناك أشكالا مختلفة من الفصام وكل شكل منهـا يتميـز

بأعراض إكلينيكية مستقلة، على أن هناك مع ذلك خصائص عامة تجمع بين الاضطرابات الفصامية يجعلها المرشد الطبي فيما يأتي:

1_ وجود هواجس لا أساس لها من الصحة أو الواقع كأن يعتقد المريض أن سلوكه تحكمه قوى خارجية أو أن أفكاره الداخلية تذاع على الهواء أو تنقل إلى الآخرين بطريقة ما . ومن الهواجس التي وجد أنها تتملك الفصامي اعتقاده أن أفكاره و مشاعره و الاندفاعات التي تحكمه ليست من صناعته و لكنها دخيلة علمية من خلال قوى لا يستطيع السيطرة عليها ويسمى هذا النوع من الاضطرابات الفصامي :اضطراب في محتوى التفكير.

2_ اضطراب في شكل التفكير و يقصد به التغير من موضوع إلى موضوع آخر بسبب التداعي لتفاصيل تافهة دون أن يكشف المريض عن أي وعى بوجود تماسك في الفكرة التي يتحدث عنها وعندما يزداد التفكك Looseness في مستوى تداعي الأفكار يحدث ما يسمى بالاضطراب في عرض الفكرة، وبالتالي يصبح كلام الفصامي مستعصياً على الفهم المنطقي .

3_ اضطراب عمليات التفكير ويقصد بهذا العجز عن الاستمرار في موضوع واحد مع الميل إلى تشتت التفكير نحو جوانب هامشية لا علاقة لها بالموضوع الرئيس وقد يأخذ اضطراب عمليات التفكير شكل البطء في الاستنتاجات أو الاستجابة للمنبهات الخارجية .

4_ اضطراب الوجدان يتخذ الاضطراب الوجداني لدى الفصاميين شكلين مستقلين هما:

* اللااكتراث أو التسطيح الانفعالي حيث يبدو المريض عاجزا عن اختبار الانفعالات القوية أو الاستجابة الانفعالية الشديدة .

* عدم ملائمة الانفعال للحوادث الخارجية أو الأفكار الداخلية.

5_ الاضطرابات الحسية الحركية وتتمثل في الجمود في المشي والتصلب في الحركة من الخصائص التي تبين أنها تنتشر في بعض فئات الفصام كفصام الكتاتونيا.وتعبر بعض المظاهر السلوكية التي لا يوجد لها سبب عضوي مثل أرجحة الجسم من أحدج العلامات الشديدة على وجود اضطراب فصامي.

6_ العجز عن اتخاذ القرارات لتنفيذ المشروعات والنشاطات المتعددة التي يقترحها الفصامي .وذلك لأن الفصامي يشعر بأنه عاجز عن ضبط سلوكه.

7_ وجود هلاوس أي إحساسات حسية لا أساس واقعي لها ومنها الهلاوس السمعية (سماع أصوات تحادثه في موضوعات بينما لا يسمعها أحد) تصدر له أوامر معينة أو تلقي عليه بتعليقات سخيفة متكررة.(إبراهيم، 1983 : 51-52).

تشخيص الفصام Diagnosis of Schizophrenia

يشير الدليل الإحصائي التشخيصي لجمعية الطب النفسي الأمريكية (الإصدار الرابع،1994) لمجموعة من الأعراض الإكلينيكية التي تميز الفصام عن غيره من الأمراض العقلية والنفسية،ويمكن إجمال هذه الأعراض في ستة مجموعات:

المجموعة الأولى:الأعراض الكلاسيكية للفصام

1- الهلاوسHallucinations

2- الهذاءات والضلالات Delusions

3- عدم الاتساق اللغوي والفكري Disorganized speech (مثل عدم الثبات على الأفكار Derailment، وعدم فهم اللغة المتحدثة Incoherence)

4- وجود أعراض تخشبية وسلوك غير منظم.

5- الأعراض السلبية Negative symptoms (كالخمول الوجداني، قلة الدافعية، وعدم الاهتمام بالمظهر الشخصي)

ومن الممكن التوصل إلى تشخيص الفصام بدون اللجوء إلى المحكمات الأخرى إذا كانت الأوهام والضلالات من الغرابة وعدم المعقولية بدرجة كبيرة، أو إذا تضمن محتوى الهلاوس (سمعية كانت أم بصرية) يشير إلى الفرد المصاب وتوجه سلوكه وتأمره بإتيان أفعال بعينها أو تكون هلاوس سمعية تشمل شخصيتين يتحدثان إلى بعضهما.

المجموعة الثانية: القصور المهني والاجتماعي Occupational/Social Dysfunction

إذا اعترى أي من النشاطات الاجتماعية (العلاقات الأسرية، الاجتماعية) أو الجانب المهني (العمل) اضطراب ظاهر للعيان منع الفرد من ممارسة حياته الاجتماعية والمهنية بشكل عادي منذ بداية ظهور الأعراض عليه. أيضا، إذا شمل ذلك عدم الاهتمام بالنواحي الصحية والملبس مقارنة بما كان يفعله قبل ظهور الأعراض. أما إذا كانت الأعراض قد بدأت في مرحلة المراهقة أو الطفولة فيكون المحك هنا ما هو متوقع من الفرد في المرحلة العمرية التي هو فيها.

المجموعة الثالثة: الفترة الزمنية اللازمة للتشخيص Duration

أن تكون علامات الاضطراب موجودة لدى التشخيص لفترة لا تقل عن6 أشهر. يجب أن تشمل هذه الأشهر الستة وجود شهر كامل من الأعراض الإكلينيكية (التي سبق طرحها في المجموعة الأولى) بدون انقطاع، وهذه تسمى "بالفترة النشطة للاضطراب"، وقد تشمل فترات من الأعراض المتبقية Residual symptoms. خلال هذه الفترة قد تظهر الأعراض في شكل أعراض سلبية Negative symptoms فقط، ويظهر عرض واحد أو اثنين من الأعراض المتضمنة في المجموعة الأولى ولكن في شكل مختلف (مثل وجود أفكار قديمة أو خبرات إدراكية غير طبيعية).

يجب تذكر أن ما سبق ذكره في هذا السياق يمثل المحك التشخيصي للفصام المتبقي Residual schizophrenia.

المجموعـة الرابعـة: اسـتبعاد الاضـطرابات الوجدانيـة/الذهانيـة/و الفـصام العـاطفي Schizoaffective and Mood Disorders Exclusion

يتم الاستبعاد عندما لا يكون هناك دليل واضح على وجود اضطرابات اكتئابيـة، اضـطرابات الهوس Mania أو ما يسمى بالاضطرابات الوجدانية المتداخلة Mixed episodes. تظهر هذه الأعراض لدى الفرد في نفس وقت ظهور الفترة الناشطة للمرض،،، وبمعنى آخر، الغياب التام لمثل هذه الاضطرابات أثناء الفترة الناشطة للاضطرابات الذهانية لمرض الفصام. وفـي حالـة ظهور الاضطرابات الوجدانية أثناء الفترة الناشطة للمرض، يجب أن تكون الفتـرة الإجماليـة للأعراض لأقل بكثير من الفترة الزمنية التي تصاحب الفتـرة الناشـطة أو المتبقيـة للمـرض Residual period

المجموعة الخامسة: استبعاد الحالة الناشئة عـن تـأثير المخـدرات أو الأمـراض العـضوية Substance-General Medical Condition Exclusion

يتم الاستبعاد إذا كان الاضطراب ناشئا عن التأثير الفسيولوجي المباشر للأدوية أو المخدرات أو بسبب حالة طبية .

المجموعة السادسة: العلاقة باضـطرابات النمـو المتخللـة الـشائعة Relationship to a Pervasive Developmental Disorders

إذا كان هناك تاريخا طبيا يشير إلى الإصابة بمرض التوحد أو أي من اضطرابات النمو المتخللة الشائعة، والتي عادة ما تشخص في الطفولة، فيجب وضع ذلك في الاعتبار عند التشخيص. وإذا كان الشخص يعاني من التوحد فإن التشخيص الإضافي للفصام يمكن عمله فقط في حالة الظهور الواضح للهلاوس والضلالات لفترة لا تقل عن شهر.(سيد و المغيري،2005:130-132).

أنواع الفصام العقلي حسب التشخيص الأمريكيDSM-IV

الأنماط الفرعية للفصام Schizophrenia Subtypes

توجد خمسة أنماط للفصام تتحدد بواسطة البحث في الأعراض الـسائدة أو المـسيطرة وقت التقييم، وعلى الرغم من أن التشخيص و التضمينات العلاجية للأنماط الفرعية متغيـرة إلا أن النمط البارنويدي و النمط المختل أقلهم انتشارا وأكثرهم حدة، وتبنى الشخـصيات الفرعيـة على الصورة الاكلنيكية التي أعطتها أكثر التقييمات حداثة ويمكن أن تتغير هذه مع الزمن وربما يتضمن وصف كل نمط أعراضا تميز أكثر من نمط واحد ولكن وضعه تحت نمط معين يعتمـد على عرض مميز جدا وهذه الأنماط الفرعية هي :-

1_ **النمط البارنويدي (الهذائي)** Paranoid Type

نمط من الفصام يمكن وصفه بالمحكات الآتية :-

أ _ الاستغراق الكامل في واحد أو أكثر من الضلالات أو الهواجس أو تكرار الهلاوس الشمية.

ب _ لا تتضح فيه أي من الصفات الآتية بجلاء: الحديث غير المنظم، سوء التنظيم أو السلوك التخشبي، شعور سطحي أو غير ملائم .

وقد يبدون درجة واضحة من الغضب والانخراط في سلوك العنف إذا كانت الهذاءات حادة أو يخشون من الأذى الجسدي، كما يعانون من قلق وهلع شديدين، و إذا لم يتصرفون وفق ضلالهم فإنهم يؤدون أعمالهم وأفكارهم بشكل متكامل وحسن و طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي فإن النمط البارنويدي من الفصام ربما يكون أفضل من الأنماط الأخرى .

2 _ **النمط المختل (الخالي من التناسق و التنظيم)** Disorganized Type :

وكان يعرف هذا النمط في DSM.II بالنمط الهيبفريني أو فصام المراهقة .

المحكات التشخيصية للنمط المختل: نمط الفصام يمكن وصفه بالمحكات الآتية:

أ-كل من الأعراض الآتية لها صفة السيادة:

1- حديث غير منظم .

2- سلوك غير منظم.

3- شعور سطحي أو غير ملائم.

ب- المحكات لا تناظر النمط التخشبي.

جنباً إلى جنب مع الحديث والسلوك غير المنتظم وتسطح في المشاعر يوجد عدم ترابط واضح في الحديث كما أنهم لا يعانون التعرض لمجموعة من الضلالات أو الهلاوس التي لا ينتظم محتواها ومضمونها حول موضوعات متناغمة أو متجاورة كما أن هذا النمط يظهر أعراض حركية متنوعة مثل التكلف غير الطبيعي (التأنق في المظهر) وتقطيب الجبين (التكشير) والانسحاب الاجتماعي والقصور الاجتماعي الواضح وغالباً ما يبدأ الاضطراب مبكراً كما أن للمصابين بهذا النمط نادراً ما يتحقق لهم التخفف والشفاء. (عبد الرحمن،395:2000).

3- **النمط التخشبي (الكتاتوني) Catatonic :**

المحكات التشخيصية للنمط التخشبي:

نمط من الفصام تتجلى الصورة الإكلينيكية له بواسطة اثنين على الأقل من العلامات الآتية:

1- ثبات حركي من علاماته التخشبية(يكون الجسم في ليونة أو لدانة الشمع) أو الغشية.

2- نشاط حركة زائد (غير هذه بشكل واضح ولا يتأثر بالمثيرات الخارجية.

3- المخالفة (السلبية) الزائدة (مقاومة لا حركية لكن التعليمات أو البقاء على الوضع المتصلب ضد أي محاولات لتحريكه) أو خرس (بكم).

4- تجسيمات حركية لا إرادية كما تظهر في وضع جسمي معين (افتراض إرادي لأوضاع غير مناسبة أو خليطه) ، حركات نمطية، لزمات واضحة، أو تكشير واضح.

5- التردد المرضي لما يحوله الآخرون Echolalia أو التطبيق لما يسمعه Echopraxia .

كما يعد رفض الحديث Mutism عرض شائع أيضاً، ونظرا لأن الأعراض الحركية صـارخة الوضوح كما أن الأعراض غير عادية وظاهرة كذلك فإنه من السهل تشخيص الفصام الكتاتوني عن الأنواع الأخرى ولا يعرف بعد سبب هذا النمط من الفصام كما يحتمل أن يكون لاسـتخدام العلاج الطبي لمضادات الذهان Antipsychotic فعالية في الحد من الأعراض التخشبية.

4_ **نمط غير متمـايز** Undifferentiated Type : نوع من الفصام توجد فيه الأعراض العامة للفصام والاختلالات الذهانية الأخرى من هلاوس هذاءات وعدم اتساق ولكن محكاته لا تتصابق مع أي من النمط الهذائي أو النمط المختل أو النمط التخشبي.

5- **النمط (النوع) المتبقي** Residual Type :

المحكات التشخيصية للنمط المتبقي: نوع من الفصام يمكن وصفه بالمحكات الآتية:

أ. غياب الضلالات أو الهواجس الواضحة، والهلاوس، والحديث غير المنظم وسـوء التنظـيم الواضح أو السلوك التخشبي.

ب. يوجد دليل دائم على الاضطراب كما يوضحها وجود الأعراض السلبية أو اثنين أو أكثـر من أعراض الفصام حيث تكون هذه الأعراض في صورة مخففة(مثل:اعتقادات شـاذة،خبرات إدراكية غير عادية). كما أنهم لا يتكلمون إلا قليلا ويبدون عاطفة محدودة،ويفتقدون إلى الدافعية وتتباين أنواع الفصام فقد تكون خفيفة أو خطيرة مزمنة أو حادة،مستمرة أو متناوبة(دورية)،يغلب عليها الأعراض الايجابية أو السلبية أو كلاهما معا.(عبد الرحمن،2000:395-398).

التمييز بين الفصام البارانويدي وبين المرادفات التي يندر استعمالها.

1- البارانويا (paranoia)

وهي حالة نادرة إلى حد ما وتتميز بوجود ضـلالات دون هـلاوس أو تـدهور فـي الشخصية، وتتميز هذه الهذاءات بقوتها وترتيبها وتنسيقها وكثيرا ما نجد هؤلاء المرضى يؤمنون بنفس الاعتقاد الخاطئ ،وعادة ما تكون شخصية مريض البارنويا قوية مسيطرة سـائدة طاغيـة أنانية لا تحترم في داخلها عواطف الأفراد ولو أنه تمثيلها ظاهريا ويمتلك مقـدرة فائقـة علـى الإقناع.

2- البارافرينا (Paraphrenia) حالة البارنويا المتأخرة

تبدأ في سن متأخرة عن البارنويا، ويعتقد البعض أنها نوع من فصام الشيخوخة إذ عادة ما تبدأ بعد سن الأربعين . وهي أكثر انتشارا بين النساء عنها بين الرجال وتتميز بالـضلالات

والهلاوس مع ترابط وعدم تدهور الشخصية، وكثيرا ما يصاحب البارافرينا أعراضا اكتئابيـة . والكثير من المرضى يأتون وهم مقتنعون بأنهم أنبياء ا ، أو المهدي المنتظر وأنهـم مرسـلون لهداية الناس بدين جديد.

مؤشرات تشخيصية :-

يحتفظ بهذا التشخيص للمرضى الذين يستوفون الشروط التشخيصية للفصام لا يستوفون شروط الفصام الزوراني أو فصام المراهقة أو التخشبي لا يسوفون شروط الفصام المتبقـي أو اكتئاب ما بعد الفصام.

اكتئاب ما بعد الفصام: Post-schizophrenic Depression

عبارة عن نوبة اكتئابية قد تطول مدتها في مرحلة تعقب مرضا فـصاميا، ويجـب أن تكون هناك بعض الأعراض الفصامية سواء الايجابية أو السلبية ولكنها لا تهيمن على الـصورة الإكلينيكية. وفي حالة ما إذا كان المريض لا يحمل أعراضا فصامية عندئذ يجب تشخيص نوبة اكتئابية، أما إذا كانت الأعراض الفصامية واضحة وبارزة فان التشخيص عندئذ يكون تبعا لنوع الفصام الملائم، ومن غير المؤكد ما إذا كان ظهور الأعراض الاكتئابية هو لانطفاء الأعـراض الفصامية وليس نتيجة لظهور مرض جديد.(عكاشة، 1998:289-293).

التمييز بين أنواع الفصام وبين كل من :-

1- **اختلال ذو شكل فصامي** Schizophreniform Disorder ويكون على شكل نوبة تتضمن الأطوار:الإنذاري والنشط والمتبقي وتستمر لمدة شهر واحد على الأقل يلاحظ خلالها تشوش أو حيرة في قمة النوبة الذهانية مع أداء وظيفي واجتماعي جيد قبل المرض، واختفـاء العواطـف المتبلدة أو السطحية.

2- **اختلال الفصام الوجداني** Schizoaffective Disorder : فترة مستمرة (غيـر متقطعـة) يحدث خلالها نوبة اكتئاب أساسية أو نوبة هوس أو نوبة مختلطة تتزامن مع الأعراض العامـة للفصام والأعراض التي تناظر محكات النوبة المزاجية تكون موجودة في جـزء أساسـي مـن الدوام الكلي في الفترات النشطة والمتبقية ولا ترجع إلى الإثارة المباشرة لتعاطي مادة أو عقـار أو لحالة طبية عامة.

3- اختلال ذهاني Delusional disorder

وأهم أعراضه وجود هذاءات غير مختلطة (مثلاً: تشتمل على مواقف كالتي تحدث فـي الحيـاة العادية مثل أن يكون متبوعاً من شخص آخر أو يسمم له الطعام أو معرضاً للعدوى بمـرض أو محبوباً من شخص بعيد أو مخدوعاً من زوجته أو لديه مرض ما، وتستمر الأعراض لمدة شهر على الأقل، وقد توجد هلاوس لمسية وشمية، ولكن الأداء الوظيفي لا يكون قاصـر ولا يكـون

السلوك شاذ مختلطاً وإذا حدثت نوبة مزاجية في تزامن مع الهذاء فإن مدة دوامها الكلية تكـون قصيرة مقارنة بمدة دوام ومن أنماطه النمط الجنـسي، ونمـط الـشعور بالعظمـة، والـشعور بالاضطهاد، الغيرة، النمط الجسمي والمختلط، وغير المحدد.

4- **الاختلال الذهاني الخفيف** Brief Psychotic disorder

ويتضمن هذاءات وهلاوس وحديث غير منتظم وسلوك غير منظم ولا يقل دوام النوبة عن يـوم واحد ولا يتجاوز الشهر مع العودة الكاملة للمستوى الوظيفي قبل المرض ، وقـد تظهـر هـذه الأعراض بعد فترة قصيرة من التعرض لضغوط حادة أو أحداث منفرة أو بدون سبب معروف وقد يحدث الاختلال خلال أربعة أشهر بعد الولادة للمرأة .

5- **اختلال ذهاني مشترك(جنون الاثنين)** Shared Psychotic Disorder

حيث تتطور الضلالات في فرد ما يرتبط بعلاقة وثيقة مع شـخص أخـر أو أشـخاص لـديهم ضلالات راسخة فعلا،وتتشابه هذه الضلالات في محتواها مع ما لدى الشخص الذي لديه ضلالة راسخة فعلا ولا ترجع هذه الأعراض للفصام أو اختلالات مزاجية أو التأثير الفسيولوجي لمـادة أو لحالة طبية عامة .

6- **اختلالات ذهانية ترجع لحالـة طبيـة عامـة** Psychotic Disorder Due to general medical condition. حيث توجد أدله من التاريخ المرضي للحالة والفحـص البـدني أو نتائج التحليل المختبري أن الاضطراب إنما هو نتيجة فسيولوجية مباشرة لظرف طبي عـام مثل الأورام أو اختلال إفرازات الغدد الصماء(كالدرقية مثلا)،أو لعته الزهايمر أو غيرها.

7- اخـتلال ذهـاني يحدثـه تعـاطي مـادة أو عقـار : the effect of substance or Psychotic Disorder Due to **medication**

ويتضمن هلاوس أو اختلالات واضحة ويوجد دليل من التاريخ المرضي للحالة ومن الفحـص العضوي أو نتائج التحليل أن هذه الأعراض تظهر خلال شهر من التسمم بالمـادة أو انـسحابها كالكحول والأمفيتامينات والقنـب والكوكـايين،أو المـسكنات والمنومـات ومـضادات القلـق وغيرها.وألا تكون هذه الأعراض سابقة لاستخدام المادة ولا تحدث أثناء وجود هذيان.

8-اختلال ذهاني غير مصنف : Psychotic Disorder non otherwise specified

تتضمن ضلالات وهلاوس وحديث غير منظم وسلوك غير منتظم الشكل أو تخـشبي لا تتـوفر عنها معلومات كاملة لعمل تشخيص محدد أو توجد عنها معلومات متعارضة ،أو اختلالات مـع أعراض ذهانية لا تناظر المحكات الموضحة لأي من الاختلالات الذهانية المحددة مثل ذهان ما بعد الولادة أو الأعراض الذهانية التي تدوم لأقل من شهر ولا تناظر محكات الاختلال الـذهاني الخفيف،أو وجود هلاوس سمعية مستمرة مع غياب أي علامات أخرى أو وجود ضلالات غيـر

شاذة ومستمرة وتتداخل مع النوبات المزاجية لمدى واضح من الزمن.(عبـد الـرحمن،2000:-400 398).

تطورات مرض الفصام :

حدوث الفصام قد يكون حاد و التوقع بمستقبل أفضل بعد العـلاج أكثـر ممـا يحـدث بأعراض بطيئة الشكل وفي الحدوث الحاد يكون هياج و هلاوس واعتقادات خاطئة (ضلالات) واضطراب المزاج و توهان خلال يوم أو يومين وما يفرقه عن الذهان التفـاعلي أو المزاجـي استمراره لفترة أطول من ستة شهور، ولكن قد يكـون هنـاك عامـل سـاعد فـي ترسـيب الاضطراب، أما في الحدوث البطيء يكون المسار مـسبوق بـالأعراض الممهـدة، و تظهـر الأعراض النشطة كإنذار بالتغيير وقد تستمر فترة قصيرة وتبقى الأعراض المتبقيـة وإن لـم تحدث أعراض نشطة يبقي التشخيص شخصية انطوائية أو فصامية أو شكاكة أو حديـة، ومـدة الاضطراب لا تقل عن ستة شهور.

ومسار المرض عبارة عن فترات شدة تتبادل مع فترات من الهوادة و أحياناً يلاحـظ الاكتئـاب بعد كل نوبة ويستمر التدهور وتقل شدة الأعراض النشطة وتظل الأعراض السالبة التي تجعل حياة المريض بدون هدف . وشكل الشفاء يكون بشكل الأعراض النشطة ثم الأعراض الـسالبة الحياة بشكل طبيعي، و الشفاء التام يتحدد بـ ـالعودة للعمل والعلاقات الاجتماعية، و المـصير يكون من خلال ملاحظة المريض خلال 10 سنوات، ونسبة 75% يشفوا خلال 10 ـ ـ 25سنة، ونحدث نكسات في 75% خلال سنة ونصف ممـ ـن يوقفوا العلاج، 25% ممن يستمروا في العلاج في حال الضغوط النفسية أو تخفيف العلاج ، وطبقاً لتصنيف الأمراض النفسية الأمريكي الرابع فإن مسار الفصام لا يوصف خلال السنة الأولى من بدء الأعراض النشطة و المسار قد يكون:

*مسار نوباتي مع فترات من الأعراض المتبقية تتخلل النوبات و نوعه حسن إن لم يتردد دخوله المستشفيات و المكوث فترات طويلة فيها.

* مصاحب بأعراض سلبية بارزة و يكون المستقبل ضعيف المعرفة وتغيـرات فـي النـسيج الدماغي.

*مسار مستمر من الأعراض السالبة مع نوبات من الأعراض الموجبة.

* مسار غير محدد الصورة.(سمور، 2006 :198).

أهم العوامل التي تلعب دورا هاما في مآل المرض هي:

1- العمر عند بدء المرض: كلما ظهر المرض في سن مبكرة وفي سن المراهقة قلت نسبة الشفاء نظرا لعدم نضوج وتكامل الشخصية في هذا السن ،وذلك بعكس هؤلاء المرضى الذين يظهر المرض عليهم بعد سن الثلاثين ففرصتهم للشفاء تتزايد كلما نضجت الشخصية .

2- الذكاء: يساعد الذكاء على سرعة الشفاء فكلما زاد ذكاء المريض ،زادت فرصته في الشفاء ،أما المتخلفون عقليا الذين أصيبوا بالفصام فتقل نسبة شفائهم بشكل واضح .

3-التكوين الجسمي:تزيد فرصة التحسن والشفاء في هؤلاء المرضى الذين يميلون للبدانة أو ما يسمى بالمكون الجسمي المكتنز،وتقل النسبة في الجسم الواهن الضعيف.

4- الشخصية:يتحسن المرضى ذوي الشخصية المتكاملة السوية قبل المرض،أما هؤلاء ذو الشخصية الشبفصامية أو الانطوائية أو العصابية أو غير الناضجة فتقل نسبة تحسنهم،حيث أنهم يعودون بعد شفائهم لنفس الشخصية المرضية .

5- **بدء المرض**:أن نسبة الشفاء عندما يبدأ المرض فجأة تصل نسبة إلى 51% قورنت بهؤلاء الذين يزحف عليهم المرض تدريجيا حيث تنخفض نسبة الشفاء إلى 21% .

6- العوامل الحافزة أو المساعدة للمرض:كثيرا ما يبدأ الفصام بعد عوامل حافزة جسمية أو نفسية ،وأن نسبة الشفاء تزيد عندما يسبب المرض أحد هذه العوامل ،نظرا لأهمية العامل البيئي هنا في نشأة المرض،أما في هؤلاء المرضى الذين يظهر عليهم المرض دون مسببات خارجية وداخلية فتقل نسبة الشفاء حيث أن العامل البيولوجي والوراثي يلعب دورا هاما .

1- التاريخ العائلي:يحسن وجود تاريخ عائلي للذهان الوجداني(الاكتئاب) نسبة الشفاء،أما إذا كانت العائلة مشحونة بتاريخ الفصام فهنا تنخفض فرصة المريض في التحسن .

2- الأعراض الإكلينيكية: يختلف مصير المرض تبعا لنوع الفصام ويجمع البعض أن مآل الفصام الكتاتوني البارنويدي أضل من الفصام الهيبفريني ومن الأعراض الهامة التي تزيد من نسبة الشفاء وجود أعراض وجدانية قوية سواء اكتئاب أو ابتهاج كذلك بعض تشوش الوعي،أما الأعراض التي تحمل مصيرا سيئا،فأهما تبلد أو تجمد الانفعال ،واختلال الآنية والعالم الخارجي.

3- الحالة الاجتماعية والأسرية:تدل أبحاث براون1963ولف1977 على أن خروج المرضى من المستشفى بعد تحسنهم إلى عائلات على درجة عالية من التورط أو الاستغراق أو التعبير الانفعالي سواء الزائد أو النفور ويحمل في حد ذاته أثرا سيئا أو يزيد من نسبة النكسات أو عودة هؤلاء المرض للمستشفى .(عكاشة،307:1998).

الإعاقة في مرض الفصام:

وتشمل الإعاقة الاجتماعية يزداد الانطواء بعد المرض وتقل شبكة العلاقة الاجتماعية لدرجة العزلة،وانخفاض القيام بالوظائف اليومية مثل الدراسة أو العمل و العناية بالأكل أو الملبس أو الذات،وقد يلزم الإشراف على حالته الاجتماعية من مأوى يليق للبشر و الحالة الصحية بسبب إهماله لذاته و التغذية يمكن أن يأكل أي شيء و نظافته الشخصية من استحمام و ملبس و نظافة شخصية، كما أنه لا يبحث عن الزواج أو يهمل زوجته وأسرته وتضعف الرغبة و العلاقة الجنسية، وقد يصبح بلا مأوى، وقد يحتاج حماية من نتائج سوء تصرفه وضعف حكمه على الأمور لمنع المشاكل الاجتماعية مع الآخرين في النوبات المرضية و أفعاله الناتجة عن الضلالات أو الاستجابة لهلاوس وبين النوبات يتفاوت احتياجه للرعاية من إعاقة تستدعي رعاية وهم أفقر البشر و بحاجة إلى مساعدة مادية دائمة وقد يصاب بالاكتئاب أو تعاطي الكحول والمخدرات. وقصر حياة الفصاميين لسبب كثرة الدخان مما يؤدي إلى مضاعفات كثيرة و كذلك كثرة الانتحار بينهم أو سوء التغذية الذي ينشأ عنه الأمراض، أو لسوء الرعاية الطبية و تجدر الإشارة إلى أن 50% من مرضى الفصام يحاولون الانتحار، 10-15% منهم ينتحرون.(سمور، 2006 :198-200).

تعقيب الباحث على مبحث الفصام العقلي

من خلال عرضنا لمبحث الفصام العقلي والذي يبين لنا مدى المعاناة التي يعاني منهـا مريض الفصام العقلي وكذلك أهل المريض ومن خلال العرض تبين لنا كيفية حدوث المـرض وكيفية التشخيص والعوامل والأسباب التي قد تكون سببا في نشؤ المرض سواء كانت عوامـل وراثية أو بيئية أو غيرها،ومن خلال عرض بعض النظريات التي فسرت المـرض فنـرى أن نأخذ بها جميعا والتي فسرت مرض الفصام العقلي وأسبابه:ونرى من الأهمية الوقوف دائما إلى جانب المريض من أجل الوصول إلى بر الأمان بالمريض،ويرى الباحث ومن خلال العـرض لهذه الدراسة والتي تكمن أهميتها في معرفة الاتجاهات الو الدية لدى مرضى الفـصام العقلـي حيث أننا في المجتمع الفلسطيني يعيش أغلب الناس في أسر ممتدة وتؤثر فـي العلاقـات بـين الأشخاص مما يجعل أهل المريض بشكل عام يعانون معاناة قاسية من معايشتهم لأبنهم المريض حيث أن المجتمع بشكل عام ينظر إلى المرض النفسي بشكل سـلبي ويـرفض التعامـل مـع المرضى النفسيين،وفي مجتمعنا الفلسطيني نلاحظ أن أسباب بروز مرض الفصام العقلي تظهـر في أنماط التربية الخاطئة بين أفراد الأسرة وخصوصا الأب والأم فقـد يعطـي الأب تعليمـات للطفل تكون مخالفة لتعليمات الأم أو قد تعطي الأم تعليمات متناقضة للطفل،فمثلا تقـول لـه لا تلعب مع الطفل (س) لأنه سيئ وعندما تحضر أم الطفل (س) لزيارتها تقول لـه ألعـب مـع الطفل(س) كنوع من المجاملة للأم وهذا التناقض في الأوامر والتعليمات يدخل الطفل في حالـة من الاضطراب النفسي تمثل بذور الفصام العقلي،كذلك الخلافات العائلية بين الوالدين أمام الطفل وقيام الوالدين بتبادل الشتائم وتبادل الاتهامات وإدخال الطفل في دائرة الصراع فمثلا تشتكي الأم إلى قسوة والده اتجاهها بينما يشتكي الأب إهمال الأم له أمام الطفل،مما يجعـل الطفـل يـشعر بضعف الوالدين وعدم قدرتهم على توفير الحماية والرعاية السليمة له فيبدأ في مرحلة الانهيـار النفسي. كما أن الصدمات التي يتعرض لها الإنسان الفلسطيني في مراحل العمر المختلفة تمثـل ضغوطا نفسية قد لا يستطيع التعبير عنها في مجال حياته فيقوم بكبتها مما يؤثر علـى تطـوره النفسي ومن هذه الصدمات مشاهد العنف والقتل والدمار الناتجة عن العدوان الإسرائيلي المستمر على قطاع غزة.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

أولا:- الدراسات التي تناولت الاتجاهات الوالدية وعلاقتها بالمرض النفسي

ثانيا :- الدراسات التي تناولت الاتجاهات الفصام العقلي والمرض النفسي

ثالثا : تعقيب على الدراسات السابقة

الدراسات السابقة

تمهيــد :-

يتناول الباحث في هذا الفصل مجموعة من الدراسات السابقة العربية والأجنبيـة التـي اهتمت بدراسة الاتجاهات الوالدية، والاتجاهات وعلاقتها بالمرض النفسي والاتجـاه وعلاقتـه بمرض الفصام العقلي وقد تم تصنيف هذه الدراسات إلى:-

أولا:- الدراسات التي تناولت الاتجاهات الوالدية نحو الفصام العقلي و

1- دراسة دونللي (Donnelly:2005)

بعنوان :-" معتقدات الصحة النفسية وسلوكيات البحث عن المساعدة عند الآبـاء الأمـريكيين من أصل كوري للأطفال الراشدين المصابين بالفصام العقلي " .

هدفت الدراسة إلى :- فحص معتقدات الصحة النفسية عند الآباء والمربين الأمريكيين من أصل كوري لأطفال راشدين مصابين بالفصام العقلي وأثر ذلك على سـلوكياتهم فـي البحـث عـن المساعدة .

عينة الدراسة :- تم تجنيد الآباء الأمريكيين المهاجرين من أصل كوري من مجموعـة الـدعم العائلي في عيادة الصحة النفسية للأسيويين . شمل المشاركون سبعة أمهات وثلاثة أباء تتراوح أعمارهم من 38 إلى 76 سنة ولديهم أطفال راشدين مصابين بالفصام العقلي يتراوح عمـرهم من 20 إلى 32 سنة في جميع الحالات ما عدا واحدة لطفل في الفصام العقلي بعد هجرة العائلة إلى الولايات المتحدة الأمريكية .

أداة الدراسة :- كانت عبارة عن عملية جمع المعلومات شملت تسجيل المقابلات علـى شـريط تسجيل ، وملاحظات ميدانية . كل من الآباء تم مقابلته على مرتين واستغرقت كل مقابلة مـن 1-4 ساعات وذلك لتأكيد النتائج والمصادقة عليها.

نتائج الدراسة :- تم دمج خبرات الآباء والأمهات الأمريكيين من أصل كوري في التعامل مـع أبنائهم المصابين بالفصام العقلي في ثلاثة جوانب :-

- يصف الجانب الأول نقطة التحول الحرجة في سلوكيات البحث عـن المـساعدة فـي بدايـة تشخيص المرض كان لدى الآباء نقص في فهم المعنى العربي للفصام العقلي والفـروقـات الثقافية في فهم هذا الاضطراب النفسي.
- اعتقدوا أن العلاج سوف يكون بالطرق الشعبية مثل الإبر الصينية، أو طرد الأرواح الشريرة.

- أما الجانب الثاني يصف صراع الآباء في معالجة السلوكيات الغير عادية لأطفالهم ، والتقلبات المزاجية، والأعراض الذهانية المتكررة . لذلك فقط تشكلات الأنماط الحياتية للوالدين وفقا لإيقاع لأعراض أطفالهم .

- أما الجانب الثالث فيتحدث عن شعور العائلة بالعار والوصمة المرتبطة بوجود طفل راشد مصاب بالفصام العقلي . فالمفهوم الكوري للمرض النفسي يحمل وصمة للعائلة ، وتبذل العائلات الأسيوية قصارى جهدها لإخفاء أي فرد من العائلة مصاب بمرض نفسي ، لذلك فإن عبئ الوصمة يقع على كاهل جميع أفراد العائلة . وقد عبر المشاركون عن تأثر قدرتهم على تقديم الرعاية لأبنائهم نتيجة للمرض النفسي .

2- دراسة فاميلا (Vimala :2003)

بعنوان :-" تقييم المعرفة والاتجاه والممارسات لأفراد عائلة المرضى النفسيين ".

هدفت الدراسة :- تقييم معرفة واتجاهات وممارسات أفراد عائلة المرضى النفسيين، تحديد طرق الرعاية بالمرضى النفسيين ، وتحديد العلاقة بين المعرفة، والاتجاه والممارسة وبعض الخصائص الاجتماعية الديموغرافية المختارة .

عينة الدراسة :- أجريت الدراسة على أحد أفراد العائلة الراشدين الذين يعيشون مع مريض نفسي زهاني أومن يرافقه إلى العيادة النفسية في مستشفى كلية الطب المسحية " فلور" في الهند للمرة الأولى ، تم اختيار المرضى النفسيين بصورة عشوائية يوميا من ملف تسجيل المرضى الجدد في العيادة الخارجية ، وقد تم استبعاد أفراد العائلة الغير ناطقين بالانجليزية أو لغة التاميل، أو الذين كانوا مرضى نفسيين من المشاركة .

أداة القياس :- تم عمل مقابلة مع أفراد العينة باستخدام استبيان منظم من أربعة أجزاء تغطي الأهداف المختلفة للدراسة .

نتائج الدراسة :- كان لدى أفراد العائلة مستوى كافي من المعرفة بالمرض النفسي وكل أفراد العينة استطاعوا أن يذكروا على الأقل عرض واحد للمرض النفسي ، 78 % منهم كانوا قادرين على تحديد سبب أو عامل مساعد لحدوث المرض النفسي ، 97 % تقريبا قالوا بأن المرض النفسي قابل للشفاء بواسطة الأدوية ، وتقبل ثلثهم تقريبا استخدم القيود الجسدية، والصدمة الكهربائية (ECT) من أجل السيطرة على المريض وشفائه، وقد سمح 80 % منهم للمرضى النفسيين للمشاركة في المناسبات الاجتماعية وزيارة الأماكن العامة ، وقد رفض 25 % منهم الزواج بأحد أفراد عائلة مريض نفسي خوفا من الوصمة الاجتماعية .

3- دراسة بركات و رضوان (2007) .

بعنوان:" اتجاهات أطباء مدينة دمشق نحو مسائل الخدمة النفسية ".

هدفت الدراسة لمعرفة اتجاهات أطباء عينة الدراسة نحو العوامل النفسية فـي نـشؤ وتطـور الأمراض النفسية والجسدية،ومعرفة العلاج وكيفية إشراك المتخـصص النفـسي فـي عمليـة التشخيص والعلاج ، والتعرف على الفروق الموجودة بين الأطباء الأقرب للاختصاص النفـسي وبين سواهم من الأطباء في اتجاهاتهم العامة والفرعية حيال مسائل الخدمة النفسية .تكونت عينة الدراسة من (113) من الأطباء من تخصصات مختلفة من مدينة دمـشق .اسـتخدم الباحثـان استمارة من إعدادهما مكونة من (25)بندا.

وكانت نتائج الدراسة كالتالي :-

* أتت نتائج الدراسة في مجملها أن هذه الاتجاهات ايجابية و على وجه العموم لـدى الأطبـاء موضوع الدراسة في مدينة دمشق ، مع وجود بعض نواحي الاختلاف في وجهات النظر بـين الأطباء موضع الدراسة ،كما يدل في بعض الحالات على وجود اتجاهات متناقضة منتشرة فيما بينهم من مسألة عمل المعالج النفسي في عيادة خاصة به .

* وجود فروق لصالح الأطباء النفسيين في الاتجاهات نحو العوامل النفسية المؤثرة في نـشوء طائفة من الأمراض الجسدية بين الأطباء النفسيين وكافة التخصصات .

* تبين النتائج على أن اتجاه الأطباء إيجابي على العموم حيال استخدام العـلاج النفـسي فـي مواجهة الاضطرابات النفسية . وأن هناك ميلا ايجابيا نحو مسألة العمل مع المتخصص النفسي ضمن فريق علاجي متكامل لصالح الأطباء النفسيين بينما كان اتجاه سلبي لدى الأطباء العصبين حيال نفس الأمر.

* هناك إجماع من المفحوصين على إشراك الأخصائي النفسي في عملية التـشخيص والعـلاج النفسي أكثر من مشاركته في الإشراف على المرضى بأمراض جسدية مستعصية .

4- دراسة بركات وحسن (2006) .

بعنوان :-" الاتجاه نحو المرض النفسي وعلاجه (لدى عينة من الطلاب الجامعيين في شمال فلسطين)".

هدفت الدراسة إلى معرفة اتجاه الطلاب الجامعيين نحو المرض والعلاج النفسي في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية والتربوية والجنس ، والتخصص ، والعمـر ، والتحـصيل ، ومكـان السكن، ودخل الأسرة .

تكونت عينة الدراسة من (228) طالبا وطالبة ، ممن يدرسون في جامعات شـمال فلـسطين : النجاح الوطنية بنابلس ، والقدس المفتوحة بطولكرم،والأمريكية العربية بجنين ، وكلية خضوري الجامعية بطولكرم.

استخدم في هذه الدراسة مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي وعلاجه .

وكانت نتائج الدراسة كالتالي :-

* عدم وجود فروق في اتجاه الطلاب نحو المرض والعلاج النفسي تبعا لمتغيـر الجـنس وأن الذكور والإناث متشابهين في اتجاهاتهم الايجابية نحو المرض والعلاج النفسي .

* وجود فروق لصالح الطلاب من ذوي التخصصات الطبية والهندسية والصيدلة في اتجـاههم نحو المرض والعلاج النفسي .

* وجود فروق بين اتجاهات الطلاب نحو المرض والعلاج النفسي لمتغير عمر الطالب وذلـك لصالح الطلبة صغار السن ، بينما يقل هذا الاتجاه مع تقدم العمر .

* عدم وجود فروق في اتجاهات الطلاب نحو المرض النفسي والعلاج النفسي فـي متغيـرات الجنس والتحصيل ومكان السكن ودخل الأسرة الشهري .

5- دراسة ديترش (2006 : Dietrich)

بعنوان :- "المعتقدات العامة والاتجاهات نحو المرضى النفسيين: مراجعة لدراسات سكانية .

هدفت الدراسة إلى تقديم مراجعة للبحث عن الاتجاهات السكانية في الطب النفسي خلال الخمسة عشر عاما الأخيرة .

عينة الدراسة :- كانت دراسة تحليلية حيث تم تحديد 33 دراسة عالمية و29 دراسة محليـة ، معظمها من أوروبا .

أداة القياس :- تم عمل بحث الكتروني باستخدام مواقع البحث (Pubmed,medline and academic search) بالإضافة إلى البحث اليدوي فـي مراجـع الدراسات عن المعتقدات العامة حول الصحة النفسية والاتجاهـات نحـو المرضـى النفـسيين التي تم نشرها بين عام 1990م وعام 2004 م .

نتائج الدراسة :- تم تحديد 33 دراسة عالمية و29 دراسة محلية ، معظمها من أوروبا. بـالرغم أن أغلبها كان ذو طابع وصفي ، وقد تضمنت المنشورات الأكثر حداثة دراسات تفحص الأنماط النظرية لتكوين الوصمة لدى المرضى النفسيين، وتحليلات للمحددات الزمنية ومقارنـات عبـر الثقافات ، وتقييم للإجراءات المتخذة ضد الوصمة. ويدل ذلك على أن بحث الاتجاهات في الطب النفسي أحرز تقدما مهما على مدار 15 عاما ، مع ذلك هناك حاجة لإجراء المزيد من الدراسات التي تقدم أساسا تجريبيا للإجراءات الواضحة لتخفيف سوء الفهم حول المرض النفسي وتحسين الاتجاهات نحو المرضى النفسيين.

6- دراسة عبد الرحمن(1998).

بعنوان : أساليب المعاملة الو الدية كما يدركها العصابيون- والذهانيون- الأسوياء.

هدفت الدراسة إلى التعرف على أساليب المعاملة الو الدية كما يدركها الأسـوياء والعـصابيون والذهانيون ومعرفة الفرق في أساليب المعاملة لدى الأب والأم والتي طبقت على عينة تتكون من مجموعة ذهانيون وعددهم 36 تتكون من 28 من الذكور8 من الإناث ومجموعة من العصابيون عددهم 30 -20من الذكور و10من الإناث ومجموعة من الأسوياء عددهم 50 مـنهم 32 مـن الذكور و8 من الإناث ، وقد استخدم الباحث أدوات دراسة مكونه من استمارة بيان عام إعـداد عبد الرحمن(1998) واستمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة من إعداد شوقي وخليل واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي لمعرفة الفروق بين المتوسـطات واختبـار لمعادلـة الفروق بين المتوسطات واختبار الوسيط وقد كانت نتائج الدراسة عن وجود فروق بين الأسوياء والعصابيون والذهانيون في أساليب المعاملة الوالدية لصالح الأسوياء ولا توجـد فـروق بـين العصابي الذهاني تعزى للجنس في أساليب المعاملة الوالدية.

7- دراسة السلمي و آخرون(2002: Al salmi,et,al)

بعنوان :-" الإحساس والاتجاه نحو المرض النفسي في عمان ".

هدفت الدراسة إلى :- اختبار العوامل الاجتماعية التي تؤثر على اتجاه الشخص نحو المرضـى النفسيين في عمان – الدولة ذات التغيرات المتلاحقة .

عينة الدراسة :- كانت تقارن الدراسة بين الاستجابة الموضحة من طلاب العلوم الطبية ، أقارب المرضى النفسيين والجمهور العماني العام حول أسباب المـرض النفـسي والاتجاهـات نحـو المرضى النفسيين والعناية والعلاج للمرضى النفسيين .

أداة القياس:- استخدم الباحث استبيان يتضمن معلومات ديموغرافية مثل العمر ، مستوى التعليم الحالة الاجتماعية ، الجنس ، والتعامل مع المرضى النفسيين ، وبنود حول معرفة أفراد العينـة بأسباب المرض النفسي واتجاهاتهم نحو التعامل مع المرضى النفسيين ودعايتهم .

نتائج الدراسة :- لم تجد الدراسة علاقة بين الاتجاهات نحو المرضى النفـسيين والمتغيـرات الديموغرافية، وقد رفض كل من طلاب العلوم الطبية ، والجمهور العام العامل الوراثي كـسبب للمرض النفسي بينما دعموا دور الحالة الروحانية كعامل للمرض النفسي واعتقدوا أن المرضى النفسيين لديهم سلوكيات غريبة ونمطية .

وتدعم النتائج أنه ليس هناك علاقة بين العوامل الديموغرافية الاجتماعية أو التعرض للمرضـى النفسيين علاقة بالاتجاهات نحو المرضى النفسيين ، وقد دعمت هذه الدراسة بصورة كبيـرة أن مستوى الوصمة يختلف وفقا للأسس الثقافية والاجتماعية في كل مجتمع.

8- دراسة زقوت (2001).

بعنوان:" الاتجاه نحو المرض النفسي لدى المترددين على المعالجين النفـسيين والتقليـديين وعلاقته ببعض المتغيرات ".

هدفت الدراسة إلى معرفة اتجاهات المرضى النفسيين نحو المـرض النفـسي وعلاقـة هـذه الاتجاهات ببعض المتغيرات الديموغرافية كالعمر والجنس والمستوى التعليمي والدخل ومحاولة الوصول إلى بعض المقترحات والتوصيات التي تساعد في الوصول لمفهوم أفـضل للمـرض النفسي في قطاع غزة

تكونت عينة الدراسة والبالغ عددها (200) شخصا من البالغين ذكورا وإناثا من المترددين على عيادات برنامج غزة للصحة النفسية الأربعة وكانت موزعة (100) فرد من البـالغين الـذكور والإناث المترددين على أربعة من المعالجين التقليديين بقطاع غزة ،و(100) من البـالغين مـن الذكور والإناث المترددين على المعالجين النفسيين ببرنامج غزة للصحة النفسية .

استخدم الباحث عدة مقاييس في دراسته لقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي والعقلي مثل

- مقياس كوهين وسترونج (1964) .
- مقياس الشربيني (1981) .
- مقياس أحمد عبد الخالق (1982) .
- مقياس سمير قوته (2000) .

وكانت نتائج الدراسة كالتالي:-

* وجود فروق في بعد الاتجاهات المعاصرة نحو المرض النفسي بين المترددين على المعالجين التقليدين والمعالجين النفسيين لصالح المترددين على المعالجين النفسيين .

* تبين أن المترددين على المعالجين التقليدين لديهم اتجاهات تقليدية وشعور بالوصمة أكبر من المترددين على المعالجين النفسيين .

* عدم وجود فروق في مستوى الاتجاه نحو المرض النفسي ترجع إلى عاملي التعلـيم والعمـر الزمني لدى أفراد العينة .

* تبين أن الذكور ليهم اتجاهات معاصرة أكبر من الإناث ولديهم شعور بالوصـمة أكبـر مـن الإناث

* تبين أن ذوي الدخل الممتاز و الجيد لديهم اتجاهات معاصرة أكبر من ذوي الدخل المتوسـط والمتدني ، وفي نفس الوقت لديهم شعور بالوصمة أكبر من ذوي الدخل المتوسط والمتدني.

9- دراسة الطراونة وآخرون(2001) .

بعنوان :" الاتجاهات نحو المرض النفسي وعلاقتها ببعض المتغيرات ".

هدفت الدراسة إلى استقصاء أثر كل من جنس الفرد ومستواه التعليمي وكونه من ذوي أو من غير ذوي مريض نفسي ونوع المرض النفسي على الاتجاهات نحو المرض النفسي .

تكونت عينة الدراسة الأولى من ذوي المرضى النفسيين، وتكونت من 10% من أفراد هذه الفئة وقد تم اختيارها بطريقة الصدفة المنتظمة، والثانية من غير ذوي المرضى النفسيين ،وتكونت من (1000) فرد بطريقة الصدفة والعينتين من أفراد المجتمع الأردني .

استخدم الباحثون مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي لكوهين وسترونج والمعدل حسب البيئة الأردنية والمكون من خمسة أبعاد وهي :-

التسلطية ، والخيرية ، والتقيد الاجتماعي ، والصحة النفسية ، والعلاقات الشخصية كسبب للمرض النفسي .

وكانت نتائج الدراسة كالتالي:-

* أن اتجاهات أفراد المجتمع الأردني نحو المرض النفسي كانت إلى حد ما ايجابية ،وربما يعود ذلك إلى تأثر المجتمع بالقيم الدينية التي تعمل على رعاية المرضى النفسيين .

* عدم وجود أثر للجنس على الاتجاهات نحو المرض النفسي حيث أن الفئتين من المرضى النفسيين متشابهون في اتجاهاتهم الايجابية نحو المرض النفسي .

* وجود أثر لمتغير المستوى التعليمي ، وذلك لصالح المستويات التعليمية المتوسطة والعليا لأفراد عينة ذوي المرضى النفسيين .

* وجود أثر بين متوسطات درجات ذوي المرضى وغير ذوي المرضى النفسيين على ثلاثة أبعاد هي العلاج ،والتقيد الاجتماعي،والنظرة الإنسانية، ولصالح أفراد عينة غير ذوي المريض النفسي .

* أن ذوي المرضى العصبيين هم أقل رغبة في تقييد أنشطة المريض النفسي الاجتماعية، ووجوب معاملة المريض بإنسانية مقارنة مع أفراد عينة ذوي المرضى الذهانيين.

10- دراسة قوته(2000).

بعنوان:-" الاتجاهات نحو المرض النفسي وبرنامج غزة للصحة النفسية ".

هدفت الدراسة إلى التعرف على اتجاهات الأفراد في المجتمع الفلسطيني نحو المرض النفسي، وإذا تغيرت اتجاهات الأفراد بعد إنشاء برنامج غزة للصحة النفسية، ورأي أفراد المجتمع في برنامج غزة للصحة النفسية ومدى كفائه الخدمات المقدمة لأفراد المجتمع بعد مرور عشر سنوات على إنشائه .

تكونت عينة الدراسة من 1684 فردا موزعين على المحافظات الخمس في قطاع غزة وقد تـم اختيارهم بطريقة عشوائية. ولقد استخدم الباحث مقياس مكون من 30 بندا لقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي .

وكانت نتائج دراسته كالتالي:-

استجابة الأفراد لأربعة أنواع من الاتجاهات نحو المرض النفسي وهي:- الاتجاهات المعاصرة والاتجاهات العاطفية والاتجاهات التقليدية ووصمة العار، وتبين أن :-

* الاتجاهات المعاصرة بين صغار السن أكثر منها بين كبار السن حيث يزيد الاتجاه التقليـدي لصالح كبار السن .

* تزداد الاتجاهات التي تعكس الميول العاطفية لدى الإناث أكثر من الذكور.

* وجود اتجاهات معاصرة وعاطفية لدى المتعلمين وحملة الشهادات الجامعية أكبر من الذين لا يحملون الشهادات العلمية .

* الأرامل أكثر تمسكا بالاتجاه التقليدي مقارنة بالمتزوجين والمطلقين .

* ربات البيوت أقل تمسكا بالاتجاهات المعاصرة ودرجات عالية من الميول العاطفية .

* كانت هناك وصمة لدى العمال من المرض النفسي أكثر من موظفي الحكومـة والمؤسـسات الخاصة.

11- دراسة عفانة (2000).

بعنوان :" اتجاهات المهنيين الفلسطينيين العاملين في مراكز الرعاية الأولية في قطـاع غـزة نحو المرض النفسي ".

هدفت الدراسة إلى معرفة اتجاهات العاملين الفلسطينيين في عيادات الرعاية الأولية في قطـاع غزة نحو المرض النفسي .

تكونت عينة الدراسة من (166) طبيب عام وممرض يعملون فـي عيـادات وكالـة الغـوث والعاملين في عيادات الرعاية الأولية الحكومية .

وقد طبق الباحث مقياس مكون من (29) بند حسب مقياس ليكرت وهو أظهر ثلاثـة اتجاهـات لدى هؤلاء العاملين وهي :-

الاتجاهات الغربية .

الاتجاهات العاطفية .

الاتجاهات التقليدية .

وكانت نتائج دراسته كالتالي :-

* وجود اتجاهات تقليدية للمهنيين من كبار السن أكبر من المهنيين صغار السن .

* صغار السن من الأطباء والممرضين لديهم اتجاهات غربية أكبر من كبار السن .

* المهنيين كبار السن لديهم قدرة على التحمل والتعاطف مع المرضى النفسيين أكبر من صغار السن. واستخلص الباحث أن صغار السن من المهنيين لديهم القـدرة علـى اسـتخدام الأفكـار الحديثة، مما يمكنهم في المستقبل أن يكونوا أداة لتغيير الاتجاهات .

12- دراسة خليفة(1998).

بعنوان:" المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي وعلاقتها بمركز التحكم ".

هدفت الدراسة إلى دراسة العلاقة بين كل من المعتقدات والاتجاهات نحـو المـرض النفـسي ،والمقارنة بين ذوى التحكم الداخلي وذوي التحكم الخارجي في معتقـداتهم واتجاهـاتهم نحـو المرض النفسي والمرضى النفسيين .

تكونت عينة الدراسة من (274) طالبا بالصف الثالث الثانوي العام .تم اختيارهم من مدرسـتين من المدارس الحكومية بمنطقة القاهرة ، بلغت نسبة القسم الأدبـي (51,5%) والقـسم العلمـي (48,5 %) بمتوسط أعمار الطلاب 17,5 عاما .

استخدم الباحث في دراسته ثلاثة مقاييس هي :-

مقياس المعتقدات نحو المرض النفسي من 34 بند .

مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي من 12 بند .

مقياس التحكم الداخلي الخارجي للتدعيم من إعداد جوليا روتر"J.Rotter " مكون مـن 23 بنـد بالإضافة إلى ستة بنود للمقياس .

وكانت نتائج دراسته كالتالي :-

* تبين أن ذوي التحكم الخارجي أكثر اعتقادا في العفاريت والأسياد، وأن المرض النفسي نتيجة رجفة حدثت للفرد ،وأنه مس من الأرض بالمقارنة مع ذوي التحكم الداخلي .

* ذوي الـتحكم الـداخلي أكثـر اعتقـادا فـي الـشفاء مـن المـرض النفـسي مـن خلال العلاج بالأدوية والجلسات الكهربائية ، وأقل اعتقادا في زيارة الأضـرحة وأوليـاء ا ، وتحضير الأرواح بالمقارنة مع ذوي الـتحكم الخـارجي ، والمجمـوعتين لـديهم اتجاهـات سلبية نحو المرض النفسي.

* وجود علاقة بين المعتقدات حول المرض النفسي ومركز التحكم، وانتفاء هذه العلاقـة بـين الاتجاهات ومركز التحكم.

13- دراسة مرسبش و آخرون(Mrcpsych,et,al :1996)

بعنوان :-" الاتجاهات المجتمعية نحو المرض النفسي " .

هدفت الدراسة إلى :-دراسة تأثير حملة تثقيف عامة على الاتجاهات المجتمعية للمرض النفسي.

عينة الدراسة :- تمت الدراسة قبل افتتاح بيتين لإيواء المرضى النفسيين، وشملت العينة 305 من الجيران المباشرين لهذه البيوت ، تم تحديد أفراد العينة بواسطة التسجيل الآلي ، وتم إرسال رسالة لكل شخص راشد في البيت تدعوه للمشاركة .

أداة الدراســـــة :- قام الباحثون بزيارة من بيت لبيت لعمل مقابلات مع البالغين الراشدين في المنزل.

تم استخدام قائمة الاتجاهات المجتمعية نحو المرضى النفسيين كأداة للقياس، وكانت الأسئلة في المقابلة تتضمن :- معلومات ديموغرافية - المعرفة بالمرض النفسي – التفاعلات اتجاه المرض النفسي – المعرفة بالرعاية في المستشفى النفسي – المعرفة بالانتقال في الرعاية في المجتمع – الاتجاه نحو سياسة الرعاية في المجتمع و الرأي حول الحاجة للتثقيف .

نتائج الدراسة :- أظهر التحليل العاملي للقائمة ثلاثة مكونات وهي الخوف والعزلة، الانضباط الاجتماعي والرفاهية ، وكانت هذه العوامل تتنبئ بالرغبات السلوكية للمستجيبين نحو المرض النفسي . والمستجيبين الذين لديهم أولاد والقوقازيين كانوا أكثر قابلية للاعتراض على المرضى النفسيين الذين يعيشون في الضاحية ، لذلك فإن أي إجراء لتغيير الاتجاهات نحو المرض النفسي يجب أن يوجه لهم .

14- دراسة ستينكوف (Steinkopff :1996)

بعنوان :-" تأثير الخبرة الشخصية مع المرض النفسي على الاتجاه نحو الأفراد الذين يعانون من مرض نفسي " .

هدفت الدراسة إلى :- فحص الحد الذي ربما تؤثر الخبرة بالمرض النفسي على الاتجاهات نحو المرضى النفسيين .

عينة الدراسة :- كانت عبارة عن دراستين مسحيتين تم إجرائهما في ألمانيا أثناء العام 1990م والعام 1993م .

أداة الدراسة :- استخدم الباحث أداة قياس تقوم بتقدير الخبرة الشخصية السابقة مع المرض النفسي والتفاعلات الاجتماعية الظاهرة .

نتائج الدراسة :- أظهرت النتائج أن المستجيبين المتعايشين مع المرض النفسي أظهرت تفاعلات اجتماعية أكثر من أولئك الذين لا يوجد لديهم خبرة، ويكونون أيضا أقل خوفا .لقد كانت هناك محددات أن التعامل الشخصي مع المرض النفسي يشكل تأثير إيجابي على اتجاه الشخص نحو المرض .

أن الأفراد الذين لديهم اتجاهات إيجابية أكبر نحو المرضى النفسيين لديهم خبرة أكبر مع المرض النفسي .

15- دراسة موسى (1994) .

بعنوان :- " اتجاه عينة من طلبة وطالبات الجامعة ذوي التخصصات الأكاديمية المختلفة نحو فئات من العاملين في مجال الأمراض النفسية والعقلية " .

هدفت الدراسة إلى معرفة إذا كان هناك أثر لمتغير الجنس والتخصص الأكاديمي في الاتجاه نحو فئات من العاملين في مجال الأمراض النفسية والعقلية ومعرفة مهام كل من العاملين في المجال النفسي .

تكونت عينة الدراسة من ثلاث مجموعات ، حيث تكونت الأولى من (100)طالب وطالبة (50 طالبا و 50 طالبة) من كلية الطب جامعة عين شمس ، والثانية من (100) طالب وطالبة (50 طالبا و 50 طالبة) من كلية الآداب- قسم علم النفس ، والثالثة من (100) طالب وطالبة (50 طالبا و 50 طالبة) من كلية الخدمة الاجتماعية – جامعة حلوان .

أستخدم الباحث مقياس متدرج لقياس الخصائص التي يتميز بها المفحوص لتقدير كل مفهوم من حيث خاصيته ،واستخدم المقاييس الثلاث التي تضمن :-

- عامل التقييم العام .
- عامل القـــــوة .
- عامل النشـــاط .

وكانت نتائج الدراسة كالتالي:-

* وجود أثر دال إحصائيا لمتغير الجنس في الاتجاه نحو بعض الفئات من العاملين في مجال الأمراض النفسية والعقلية وخاصة الطبيب العام، والأخصائي النفسي ، والأخصائي النفسي الإكلينيكي ، والباحث النفسي والمحلل النفسي والطبيب النفسي .وأن اتجاه الذكور نحو المفاهيم أكثر ايجابيا من اتجاه الإناث.

* إن اتجاه طلاب وطالبات تخصص الطب أكثر إيجابا نحو مفهوم الطبيب العام، وان اتجاه طلاب وطالبات تخصص علم النفس أكثر إيجابا نحو مفاهيم الأخصائي النفسي ، والأخصائي النفسي الإكلينيكي، والباحث النفسي، والمحلل النفسي والطبيب النفسي والممرض وأن اتجاه طلاب وطالبات تخصص خدمة اجتماعية أكثر إيجابا نحو مفهوم الأخصائي الاجتماعي.

16- دراسة خليفة (1989).

بعنوان:- المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي لدى عينة من الطلبة والطالبات"دراسة وصفية مقارنة".

هدفت الدراسة إلى استكشاف المعتقدات والاتجاهات التي تدور حول المرض النفسي والمرضى النفسيين من حيث طبيعة المرض وأسبابه ، وطرق علاجه ، والشفاء منه ، وتأثير المريض النفسي على الأسرة ، ومعرفة الاتجاهات التي تدور حول المرض النفسي.

لمعرفة الاتجاهات وهل تتسم بالايجابية أو السلبية والاطمئنان أو الابتعاد عن المرضى النفسيين.
الوقوف على طبيعة العلاقة بين المعتقدات والاتجاهات السائدة نحو المرض النفسي.
تكونت عينة الدراسة من (554)طالبا وطالبة بالصف الثالث الثانوي العام في مصر.
المجموعة الأولى عينة الطلبة مكونة من (274) طالبا من المدارس الحكومية بمنطقتـي مـصر القديمة وغرب القاهرة التعليمية والمجموعة الثانية مكونة من (280) طالبة تم اختيـارهم مـن المدارس الحكومية بمنطقة جنوب القاهرة التعليمية والمجموعتين من القسم العلمي والأدبي .
استخدم الباحث في دراسته على استخبار المعتقدات والاتجاهات نحو المـرض النفـسي وهـو مكون.
وكانت نتائج الدراسة كالتالي:-
* وجود بعض المعتقدات والتصورات الخطأ لدى أفراد العينة حول طبيعة المرض النفسي وأسبابه وطرق علاجه وتأثير المريض على أفراد أسرته .
* الذكور أكثر اعتقادا من الإناث فيما يتعلق بطبيعة المرض النفسي .
* وجود اتجاه سلبي نحو المرض النفسي لدى الطالبات بالمقارنة مع الطلاب .
* ارتباط المعتقدات بالاتجاهات نحو المرض النفسي.

17- دراسة خليفة (1987) :-

بعنوان :-" المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي ".

هدفت الدراسة لاستكشاف معتقدات واتجاهات من لهم علاقة مباشرة بالمرضى النفـسيين مـن عائلات و أقارب هؤلاء المرضى ، ومن ليس لهم علاقة مباشرة بالمرضـى النفـسيين مـن الجمهور العام.
تكونت عينة الدراسة من (200) فرد من الزوار للمرضى النفسيين وهم من أقاربهم وأسـرهم وهم (100) من الذكور و (100) من الإناث من مستشفيات الأمراض النفسية في القاهرة .
وعينة من ليس لهم علاقة مباشرة بالمرضى النفسيين بلغ عددها (200) فرد (100) من الذكور و(100) من الإناث من الجمهور العام.
طبق الباحث في دراسته استخبار مقنن مكون من (101) بندا خصـصت (74) منهـا لقيـاس المعتقدات و (27) لقياس الاتجاهات.
وكانت نتائج الدراسة كالتالي :-
*وجود تشابه بين معتقدات من لهم علاقة مباشرة بالمرضى النفسيين من أسرهم وأقاربهم ومـن ليس لهم علاقة بهؤلاء المرضى من الجمهور العام .
*يعتقد الأفراد من الزوار وغير الزوار في جدوى العلاج بالزار وزيـادة أضـرحة المـشايخ وأولياء ا وتحضير الأرواح كطرق لعلاج المرض النفسي .

*تبين أنه مع ارتفاع مستوى التعليم يزداد وعي الفرد وتتسع معارفه، ومعلوماته عن المـرض النفسي والمرضى النفسيين .

* تبين أن الاتجاهات نحو المرض النفسي تدور حول ثلاثة أبعاد وهي :

- الإحساس بخطورة المرض النفسي .
- الابتعاد عن المرضى النفسيين وتحاشي مرافقتهم.
- التسامح حيال هؤلاء المرضى – مقابل تجنب الفاعل معهم.

ثانيا :- الدراسات التي تناولت الاتجاهات الوالدية نحو الفصام العقلي.

1- دراسة الدليم(2005).

بعنوان:- المهارات الاجتماعية لدى الفصاميين المراجعين والمنومين

هدفت الدراسة إلى الكشف عن الفروق بين الفصاميين المراجعين و الفصاميين المنومين لمدة لا تقل عن سنتين متواصلتين.

وكانت عينة الدراسة مكونة من (201)من الفصاميين المراجعين والمنومين بمستشفى الـصحة النفسية بالطائف(140ذكرا و161أنثى).

وقد طبق الباحث المقياس المعرب على العينة وهو عبارة عن خمسة من أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية من إعداد رونالدريجيو

وقد استخدم الباحث عدد من الأساليب الإحصائية للتحقق من فروض دراسته

وقد كانت نتائج دراسته وجود فروق دالة إحصائيا على بعـدي الـضبط الانفعـالي والتعبيـر الاجتماعي بالإضافة إلى الدرجة الكلية لصالح الفصاميين المراجعين، كـذلك أظهـرت نتـائج التحليل الإحصائي وجود فروق لصالح الذكور في مهارة التعبير الاجتماعي .

كما وجدت فروق لصالح المراجعات على الدرجة الكلية وعلـى بعـدي التعبيـر الاجتمـاعي والمراوغة ، كما كشفت وجود فروق بين الفصاميين تعزى لاختلاف فئاتهم العمرية ومستوياتهم العقلية ولكن ليس في ضوء متغير الحالة الاجتماعية.

2- دراسة شانج و آخرون (Yu Chang,et,al :2005)

بعنوان :-" اتجاهات المجتمع نحو المرضى عقليا : نتائج المسح الوطني لسكان تايوان "

هدفت الدارسة للكشف عن الاتجاهات للسكان عامة نحو المرضى عقليا في تايون بشكل محـدد، وفحص تأثير اتصال اتجاهات الفرد بعد التحكم في المتغيرات الديموغرافية .

تكونت عينة الدراسة تم تنفيذ مسح وطني في شهر يناير 2003 وقد تم اختيار أفراد البحث مـن شرائح مختلفة خلال عينة عشوائية .تم جمع المعلومـات باسـتخدام نظـام مقـابلات الهـاتف والحاسوب المتفاعل .

استخدم الباحث تحليل Manova والنكوص المتعدد لاكتشاف ارتباطات الاتجاهات .
نتائج الدراسة :- كشفت النتائج أن السكان عامة يحملون مستويات عالية ونسبية من الإحساس والتسامح على التأهيل في المجتمع وعدم وجود قيود لا اجتماعية ، مع ذلك هم يحملون اتجاهات أقل ايجابية نسبيا نحو عدم التسلط والجهود الطبيعية ، علاوة على ذلك الاتصال المباشر والسن كانت أكثر الارتباطات أهمية تجاه اتجاهات المجتمع، التعليم والوظيفة كانت أيضا مميزة .
إن الأفكار والمعتقدات الخيرية لا تكفل بالضرورة تقبل التأهيل في المجتمع أو التعامل مع المرضى عقليا كشخص كأي شخص أخر، مع ذلك الأفكار المتعاطفة يمكن تحويلها إلى تعاطف وتقبل للكائن الإنساني شريطة إعطاء الناس الفرصة للتعامل المباشر مع الأشخاص المرضى عقليا، كما أشارت النتائج إلى أن تعليم المجتمع يجب أن يستهدف العاملين من كل المجموعات العمرية.

3- دراسة لاسبيكان و آخرون (Lasebikan,et,al :2005)

بعنوان :-" دراسة مجتمعية للمعرفة والاتجاه نحو المرض النفسي في نيجيريا " .

هدفت الدراسة إلى تحديد مدى معرف واتجاه عينة مجتمعية ممثلة في نيجيريا من أجل تحسين تحمل الناس للمرض النفسي والذي له أهمية في دمجهم بالمجتمع .
العينة :- تم أخذ عينة عنقودية على مراحل متعددة من المشاركين القاطنين في البيت في ثلاثة ولايات في نيجيريا تمثل 22 % من الناس المحليين وقد شارك 2040 فردا بمعدل استجابة 74,2%.
أداة القياس :- تم استخدام نسخة من استبيان تم تطويره بواسطة برنامج الجمعية النفسية العالمية لتقليل الوصمة والتمييز بسبب مرض الفصام العقلي .
ركز الاستبيان بصورة رئيسية على المعرفة والاتجاه نحو الفصام العقلي،وقد تم تعديله ليتناسب مع لب هذا المسح الذي يركز على المرض النفسي بدلا من الفصام العقلي، لذلك فقد تم حذف بعض البنود الخاصة بأعراض الفصام العقلي، وقد تم ترجمة الاستبيان بلغة اليوربا بواسطة لجنة من العاملين في الصحة النفسية.
نتائج الدراسة :- كانت المعرفة الضعيفة بسبب المرض النفسي شائعة، الآراء السلبية اتجاه المرض النفسي كانت منتشرة، حيث أن 96,5 يعتقدون أن المرضى النفسيين يكونون خطرين بسبب سلوكهم العدواني، ومعظمهم لم يتحملوا حتى التواصل الاجتماعي مع المرضى النفسيين حيث أن 82,7 % سيكونون خائفين من إجراء محادثات مع المريض النفسي، بينما وافق 16,9 فقط على الزواج من مريض نفسي .

4- دراسة كابر وآخرون (Kabir,et,al:2004)

بعنوان :" الإدراك والمعتقدات حول المرض النفسي لدى البالغين في قرية كـار فـي شـمال نيجيريا "

هدفت الدراسة لفحص المعرفة والاتجاه والمعتقدات حول أسباب المرض النفسي لدى البالغين في المجتمع الريفي في شمال نيجيريا .

تكونت عينة الدراسة من (250) شخص بالغ يقطنون في قرية كار شمال نيجيريا .

استخدم الباحث في دراسته نظام الدراسة المقطعي واختبار قبلي واستبانه تركيبية على العينة .

وكانت نتائج دراسته كالتالي :-

تبين أن الأعراض الأكثر شيوعا لدى المستجيبين كأعراض للمرض النفسي بما فيه العدوانية – والتدميرية- 22% ، الثرثرة 21,2 % ، سلوك غريب الأطوار 16,16% ،والتجوال 13,3 % إدمان الخمور والمخدرات والحشيش ومخدرات أخرى تم تشخيص مـا نـسبته 19% منهـا ، السحر واستحضار الأرواح 18 % وحوالي 46 % من المـستجيبين فـضلوا العـلاج الـديني للمرض النفسي ، وتبين أن 24 % كانوا يميلون إلى العلاج الروحي.

تقريبا نصف المستجيبين أخفوا مشاعر سلبية تجاه المرض النفسي .

أما المستجيبين المتعلمين كانوا (7)أمثال أولئك الذين سبقوا لإظهار مشاعر سلبية اتجاه المرض النفسي إذا قورنوا بغير المتعلمين من أفراد الدراسة .

5- دراسة سكوت (Scott : 2004)

بعنوان :-" الوصمة : مشاعر وخبرات 46 مريضا نفسيا "

هدفت الدراسة:- وصف علاقة الوصمة بالمرض النفسي والتشخيص والعلاج النفسي مع توابع الوصمة لدى الفرد.

تكونت عينة الدراسة:- حيث تم عمل مقابلات مع 46 مريض نفسي تم تجنيدهم مـن مراكـز خدمات الصحة النفسية المجتمعية والنهارية في شمال لندن .

أداة القياس:- بدأت كل مقابلة بتقديم المشارك وصفا لتاريخ المـشاكل النفـسية والتـشخيص ، والعلاج ، والبيئة الاجتماعية مثل الأفراد والعائلة، وتم الطلب من المشاركين أن يتحـدثوا عـن تأثير المشاكل النفسية على عملهم وحياتهم الخاصة واستغرقت المقابلات في المتوسط 45 دقيقة وتم تسجيلها على شريط ثم صياغتها .

وكانت نتائج الدراسة كالتالي:-

كانت الوصمة محط اهتمام شامل لكافة المشاركين تقريبا، وكان المرضى الذهانيين أو المدمنين أكثر قابلية لتسجيل مشاعر وخبرات الوصمة وكانوا أكثر تأثرا بها، مما يدل على أن الوصـمة

ربما تؤثر على كيفية تقبل التشخيص النفسي ، ومكان تلقي العلاج ، وكيفية تعامل المرضى النفسيين مع العالم .

6- دراسة جوردن(Gordon :2004)

بعنوان :- " الاتجاهات نحو العلاقات الشخصية مع المرضى النفسيين والمتخلفين عقليا ".

هدفت الدراسة إلى فحص الأسئلة التالية :-

1- هل توجد فروق في الاتجاهات بين المجموعة المعاقة وظيفيا في مجال الصداقة والزواج بالمرضى النفسيين والمتخلفين عقليا مقارنة بمجموعات إعاقة أخرى .

2- هل الجنس ، الثقافة بشأن الإعاقة والصداقات مع معاقين لدى المجموعة الغير معاقة أثرت على المعرفة المحسوسة والبعد الاجتماعي المرغوب من المتخلفين عقليا ومن ثم تحديد أن زيادة المعرفة والتواصل مع المعاقين يؤثر فعليا على الأحاسيس بالتفاعلات الاجتماعية مع المرضى النفسيين المتخلفين عقليا .

عينة الدراسة :- تضمنت هذه الدراسة عينة من 218 طالبا من جامعة مدردستيرن، كل المشاركين كانوا طلبة تم دمجهم على الأقل في مساق في الإرشاد أو علم النفس قبل التخرج، لقد وقعوا على إكمال الدراسة كمتطوعين مقابل احتساب مشاركتهم كساعة أكاديمية من متطلبات تخرجهم .

أداة القياس :- أعطى للمشاركين ثلاثة أدوات للقياس .

النموذج الديموغرافي :- تم سؤال المشاركين عن الجنس ، العمر ، العرق، المستوى التعليمي ،والصداقات الحالية مع أي شخص معاق ، وعدد الدورات التي شاركوا بها في مواضيع الإعاقة.

مقياس المعرفة :- عبارة عن صفحة واحدة صممت لهذه الدراسة حيث يرتب المشاركون 13 إعاقة حسب معرفتهم بالإعاقة (1= الأكثر معرفة ،13= الأقل معرفة) ، كما أنه طلب منهم أن يقدروا كل إعاقة على قياس من 1 إلى 4 فيما يتعلق بمعرفتهم المحسوسة بكل من إل13 إعاقة (1= الأكثر معرفة ، 4 = لا يوجد معرفة).

مقياس البعد الاجتماعي :- يستخدم بصورة واسعة في دراسات الإعاقة ،تم الطلب من المشاركين أن يرتبوا مستوى العلاقة المريحة في التفاعل مع الأفراد في حالات الإعاقة إل 13 المختلفة ، يوجد سبعة مستويات من التفاعل تتراوح من الحديث إلى الزواج بشخص ذوإعاقة معددة .

نتائج الدراسة :- سجل 36 % من أفراد العينة تقريبا أن لديهم صديق ذو إعاقة، سجل المشاركون معرفة أقل عن التخلف من المرض النفسي ، 65 % منهم قالوا بأن لديهم معرفة إما كبيرة أو إلى حد ما بالمرض النفسي في المقابل 11% منهم فقط سجلوا معرفة كبيرة بالتخلف

العقلي . وقد حدد الأشخاص الغير معاقين بأن المرضى النفسيين والمتخلفين عقليا هم الفئة الأقل رغبة من المعاقين في إقامة صداقة معهم .

7- دراسة كارون و آخرون (Caron,et,al :2001)

بعنوان :- " الفصام العقلي : أحاسيس الناس في كوبا " .

هدفت الدراسة إلى :- تم إجراء هذه الدراسة المسحية لتحديد المعرفة، والاتجاهات الحالية عند سكان كوبا نحو المرض النفسي ، وقد تم التركيز في هذه الدراسة على الاستجابات المتعلقة بالفصام العقلي .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من السكان الكوبين الذين تزيد أعمارهم عن 18سنة وتم أخذها على طبقات حسب المنطقة ، وتم التأكيد على أن السكان من جميع الفئات العمرية ومن كلا الجنسين حيث تم اختيارهم على قدم المساواة ، تم مقابلة 1001 شخص وكان معدل الاستجابة 70,6 % .

أداة الدراسة :- تم استخدام استبيان على أساس استبيان موجود ذو صدق، ومناقشات مجمع عليها في جمعية الفصام العقلي في كوبا . وقد تم دمج المتغيرات الاجتماعية الديموغرافية .

نتائج الدراسة :- أكثر من النصف (54%) عرفوا المرض بأنه بيولوجي، وأن (40%) اعتبروا أن السبب الرئيس للفصام العقلي هو الوراثة .

تم وصف الأعراض وسؤال أفراد العينة عن اتجاهاتهم لو أن لديهم صديق له هذه الأعراض (37%) أصروا أنه على هذا الصديق استشارة

أخصائي صحة نفسية ، و (24 %) قالوا أنه يجب تقديم الدعم الأخلاقي له مع اقتناعهم أن ذلك أقل فاعلية من استشارة أخصائي الصحة النفسية .

لو أن الشخص رفض العلاج فإن (41%) من المستجيبين قالوا أنهم سوف يصرون على الاستشارة النفسية (4%) فقط قالوا بأنهم سوف ينتظرون قرار المحكمة ، وكانوا يمثلون الطبقة عالية التعليم والدخل .

وتم سؤال المشاركين عما سيفعلونه إن وجدوا أن شريكهم لديه فصام عقلي (48 %) قالوا بأنه سوف يخبرون العائلة بشأنه ،و (28 %) أفادوا بأنهم سوف يستمرون في علاقتهم معه، و(10 %) سوف يعيشون في هلع ، (4 %) سوف يفضلون الانفصال .بالنسبة لمشاعرهم نحو مريض الفصام العقلي اعتبر (54 %) بأنه عدواني وخطير ، بالنسبة لتطور المرض اعتبر (40%) من المشاركين أن الفصام العقلي لا يرجى شفاؤه ،(34%) شعروا أن الجمع بين العلاج الدوائي والنفسي يمكن أن يكون العلاج المناسب .

بالنسبة لدمج مريض الفصام العقلي في المجتمع (49 %) من المشاركين وافقوا هذا الرأي بينما عارضه (40 %) .

8- دراسة وولف و آخرون (Wolff,et,al :1996)

بعنوان :-" المعرفة المجتمعية بالمرض النفسي والتفاعل مع المرضى النفسيين ".

هدفت الدراسة إلى :- اختبار الفرضية بأن الاتجاهات السلبية نحو المرضـى النفـسيين ربمـا يحركها نقص المعرفة .

عينة الدراسة:- تم أخذ العينة من سكان منطقتين قبيل افتتاح بيوت إيواء طويلـة الأمـد فيهـا للمرضى النفسيين .

أداة القياس:- تم استخدام قائمة الاتجاهات المجتمعية نحو المرض النفسي وتم تحليلهـا بالنـسبة للارتباطات بالمعرفة بالمرض النفسي .

نتائج الدراسة :- 80 % من المستجيبين عرفوا مرضى نفسيين ، المجموعات التـي أظهـرت اتجاهات أكثر انضباطا اجتماعيا (خصوصا من هم فوق الخمسين سنة من العمر، وفي الشرائح الاجتماعية الدنيا ، والغير قوقازيين) لديها معلومات أقل حول المرض النفسي . وقـد دعمـت النتائج الفرضية بأن الاتجاهات السلبية خصوصا عند الأكبر سنا حركها نقص المعرفة ، بينما لم يكن علاقة للاتجاهات السلبية بين الناس الذين لديهم أولاد مع نقص المعرفة .

9- دراسة (Holden:1996)

بعنوان **:-" اتجاهات الأطباء العامين في شمال إنجلترا نحو مرضى الفصام** ".

هدفت الدراسة لمعرفة اتجاهات الأطباء العامين العاملين في مستشفيات الطب النفسي المغلقة لمدة طويلة نحو مرضى الفصام الذين تتم رعايتهم بعد ترك المستشفى في المجتمع تم اختيار العينة من الأطباء في منطقة لندن، وكانت العينة تتكون من 94 طبيب .وقد تم إعداد اختبار تم إرساله لجميع الأطباء في منطقة في شمال غرب لندن ، منهم 94 طبيب من 176 طبيب المنتشرين في هذه المنطقة لسؤالهم عن اتجاهاتهم وأرائهم في الرعاية المقدمة لمرضى الفصام وعائلاتهم واتجاهاتهم نحو هؤلاء المرضى .

وكانت نتائج الدراسة كالتالي:-

* 87% من الأطباء يقولون أن مرضى الفصام يسببون مشاكل أثناء العمل .

* 8 % اعتبروا أن مرضى الفصام يسببون كثيرا من المشاكل لهم أثناء العمل.

* 56% من الأطباء اعتبروا أن العناية بمرضى الفصام صعبة جدا .

* 44% من الأطباء اعتبروا أن مرضى الفصام وعائلاتهم كثيري الطلبات ومزعجون .

تعقيب عام على الدراسات السابقة

لقد قام الباحث في هذا الفصل من خلال عرضه للدراسات العربية والأجنبية بوضع الدراسات المناسبة والتي يوجد لها علاقة مباشرة قدر المستطاع بدراسة الباحث من خلال عرض دراسات سابقة حيث واجه الباحث صعوبة في الحصول على دراسات سابقة تتحدث في موضوع الدراسة بشكل مباشر ألا وهو قياس الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي،ولعل من أقرب الدراسات لموضوع البحث دراسة دونللي(2005) والتي هدفت إلى دراسة معتقدات الصحة النفسية وسلوكيات البحث عند الآباء الأمريكيين من أصل كوري للأطفال الراشدين المصابين بالفصام العقلي حيث يتحدث الجانب الثالث من البحث عن شعور العائلة بالعار والوصمة المرتبطة بوجود طفل مصاب بالفصام العقلي،حيث تبذل العائلات قصارى جهودها لإخفاء أي فرد مصاب بمرض نفسي مما يؤثر على قدرتهم على تقديم الرعاية لأبنائهم نتيجة للمرض النفسي.وكذلك دراسة فاميلا (2003) والتي تقيم معرفة اتجاهات وممارسات أفراد عائلة المرضى النفسيين وتحديد طرق رعايتهم للمرضى وقد أظهرت الدراسة مستوى كافي لدى أفراد العائلة لمعرفة المرض النفسي مما ساعدهم على تقديم المساعدة للمرضى النفسيين والسماح لهم بالمشاركة في المناسبات الاجتماعية وزيارة الأماكن العامة. وكانت عينة الدراسة لهذه الدراسات مكونة من العاملين في المجال الطبي من أطباء وأخصائيون نفسيون ،ومن طلاب جامعات ،ومن أباء وأمهات المرضى،ومن المرضى النفسيين ،ومن الزوار للمرضى النفسيين من أقاربهم.وقد تم استخدام أدوات قياس متعددة في فصل الدراسات السابقة وكانت أدوات القياس مكونة من الاختبارات الاستبانة،وقائمة الاتجاهات،ومنها كان يعتمد المقابلة الإكلينيكية،ونظام الدراسة المقطعي،وتسجيل مقابلات على شريط تسجيل.

بينما شملت الدراسات الأخرى دراسة الاتجاهات المجتمعية والعاملين في الصحة النفسية نحو المرض النفسي بشكل عام مثل دراسة وولف وآخرون(1996) ودراسة عفانة(2000) والتي طبقت في قطاع غزة وهدفت إلى تحديد اتجاهات العاملين في مراكز الرعاية الأولية نحو المرض النفسي، ودراسة عبد الرحمن(1998) والتي هدفت إلى معرفة أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأسوياء والعصابيون والذهانيون والتي وجدت فروق لصالح الأسوياء في أساليب المعاملة الوالدية.وهناك دراسات تناولت الاتجاهات الوالدية وعلاقتها ببعض الاضطرابات وبعض المتغيرات الأخرى وكانت عينة تلك الدراسات مكونة من مرضى الفصام العقلي ،أباء وأمهات من ذوي مرضى الفصام العقلي ومن السكان المحليين ،ومن طلاب الجامعات ،ومع أشخاص يقطنون مع مرضى نفسيين ،ومن أشخاص يسكنون بيوت إيواء ، وأطباء أجانب.

الفصل الرابع

الطريقة والإجراءات

أولا:- منهجية الدراسة

ثانيا :- مجتمع الدراسة

ثالثا:- عينة الدراسة

رابعا :- أدوات الدراسة

خامسا :-الأساليب الإحصائية المستخدمة

الطريقة والإجراءات:-

يتناول هذا الفصل وصفاً لمنهج الدراسة ، والأفراد مجتمع الدراسة وعينتها ، وكذلك أداة الدراسة المستخدمة وطرق إعدادها ، وصدقها وثباتها ، كمـا يتـضمن هـذا الفـصل وصـفا للإجراءات التي قام بها الباحث في تقنين أدوات الدراسـة وتطبيقهـا ، وأخيـرا المعالجـات الإحصائية التي اعتمد الباحث عليها في تحليل الدراسة .

أولا: منهج الدراسة

من اجل تحقيق أهداف الدراسة قام الباحث باستخدام المنهج الوصفي التحليلـي والـذي يعرف بأنه طريقة في البحث تتناول إحداث وظواهر وممارسات موجودة متاحة للدراسة والقياس كما هي دون تدخل الباحث في مجرياتها ويستطيع الباحث أن يتفاعل معها فيصفها ويحللها .

والمنهج الوصفي هو طريقة في البحث عن الحاضر،وتهدف إلى إثبات فروض معينـة مـسبقا تمهيدا للإجابة على تساؤلات محدده مسبقا بدقة تتعلق بالظواهر الحالية وذلك باسـتخدام أدوات مناسبة .(الأغا،1997 :73).

وتهدف هذه الدراسة إلى التعرف على الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي، و سـوف تعتمد الدراسة على نوعيين أساسيين من البيانات:

1- البيانات الأولية.

وذلك بالبحث في الجانب الميداني بتوزيع استبيانات لدراسة بعض مفـردات البحـث وحـصر وتجميع المعلومات اللازمة في موضوع البحث، ومن ثم تفريغها وتحليلهـا باسـتخدام برنـامج SPSS (Statistical Package for Social Science)الإحصائي واستخدام الاختبـارات الإحصائية المناسبة بهدف الوصول لدلالات ذات قيمة ومؤشرات تدعم موضوع الدراسة .

2-البيانات الثانوية.

وسوف يقوم الباحث بمراجعة الكتب و الدوريات و المنشورات الخاصة المتعلقـة بالاتجاهـات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي ، وأية مراجع قد يرى الباحث أنها تسهم في إثراء الدراسـة بشكل علمي، و ينوي الباحث من خلال اللجوء للمصادر الثانوية في الدراسة، التعـرف علـى الأسس و الطرق العلمية السليمة في كتابة الدراسات، وكذلك أخـذ تـصور عـام عـن آخـر المستجدات التي حدثت و تحدث في مجال الدراسة .

ثانيا:مجتمع الدراسة:- المجتمع الأصلي من مرضى الفصام العقلي المدخلين و المترددين على مستشفى الطب النفسي في مدينة غزة والذي يبلغ عددهم(190) من الذكور والإناث ومجموعة الأسوياء البالغ عددهم (50) شخصا من الذكور والإناث وذلك في الفترة من 2008/6/1حتى 2008/9/1.

ثالثا: عينة الدراسة

وكانت مكونة من مجموعتين وهم كالتالي :-

المجموعة الأولى :-

وقد شملت الدراسة عدد من مرضى الفصام العقلي تم اختيارهم بطريقة عشوائية وهـي بواقـع 20% من المجتمع الأصلي وعدد أفرادها (190)من المرضى المترددين على مستشفى الطـب النفسي طلبا للعلاج ويبلغ عددهم(40) مريضا(28) من الذكور و(12) من الإناث.

المجموعة الثانية:-

و\قد شملت الدراسة عينة من الأسوياء بلغ عددهم (50) شخص من الذكور والإناث وهم جميـع الأسوياء العاملين في مستشفى الطب النفسي عند تطبيق الدراسة،ويمثلون مجتمع الدراسـة مـن الأسوياء داخل المستشفى بهدف إجراء مقارنات مع مجموعة المرضى بمرض الفصام العقلي .

والجداول التالية تبين خصائص مجتمع الدراسة من المرضى بالفصام العقلي كما يلي:-

العمر:

يبين جدول رقم (1) أن 5.0% من عينة الدراسة تقل أعمارهم عن 18 سـنة، و 20.0% مـن عينة الدراسة تتراوح أعمارهم بين 15-25 سنة، و 47.5% من عينة الدراسة تتراوح أعمارهم بين 25-45 سنة، و 27.5% من عينة الدراسة بلغت أعمارهم أكثر من 45 سنة

جدول رقم (1)

توزيع عينة الدراسة حسب متغير العمر

العمر	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 18 سنة	2	5.0
من 18-25 سنة	8	20.0
من 25-45 سنة	19	47.5
أكثر من 45 سنة	11	27.5
المجموع	40	100.0

الجنس:

يبين جدول رقم (2) أن 70.0% من عينة الدراسة من الذكور، و 30.0% من عينة الدراسـة من الإناث

جدول رقم (2)

توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	28	70.0
أنثي	12	30.0
المجموع	40	100.0

السكن:

يبين جدول رقم (3) أن 47.5% من عينة الدراسة يسكنون في المخيمـات ، و 10.0% مـن عينة الدراسة يسكنون القرى ، و 42.5% من عينة الدراسة يسكنون في المدن.

جدول رقم (3)

توزيع عينة الدراسة حسب متغير السكن

العنوان	التكرار	النسبة المئوية
مخيم	19	47.5
قرية	4	10.0
مدينة	17	42.5
المجموع	40	100.0

المواطنة:

يبين جدول رقم (4) أن 47.5% من عينة الدراسة مواطنين، و 52.5% من عينة الدراسة لاجئين.

جدول رقم (4)

توزيع عينة الدراسة حسب متغير المواطنة

المواطنة	التكرار	النسبة المئوية
مواطن	19	47.5
لاجئ	21	52.5
المجموع	40	100.0

المستوي التعليمي:

يبين جدول رقم (5) إن 7.5% من عينة الدراسة مستواهم التعليمي " اقـل مـن ابتـدائي" ، و 12.5% من عينة الدراسة مستواهم الأكاديمي " ابتـدائي" ، و 35.0% مـن عينـة الدراسـة مستواهم التعليمي " إعدادي" ، و 30.0% من عينة الدراسة مستواهم التعليمـي " ثـانوي" ، و 15.0% من عينة الدراسة مستواهم التعليمي " جامعي فما فوق.

جدول رقم (5)

توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي

المستوي التعليمي	التكرار	النسبة المئوية
اقل من ابتدائي	3	7.5
ابتدائي	5	12.5
إعدادي	14	35.0
ثانوي	12	30.0
جامعي وما فوق	6	15.0
المجموع	40	100.0

الحالة الاجتماعية:

يبين جدول رقم (6) إن 25.0% من عينة الدراسة " أعزب" ، و 57.5% من عينة الدراسـة " متزوجين" ، و 17.5% من عينة الدراسة " مطلقين".

جدول رقم (6)

توزيع عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة المئوية
أعزب	10	25.0
متزوج	23	57.5
مطلق	7	17.5
المجموع	40	100.0

معاملة المريض :

يبين جدول رقم (7) إن 25.0% من عينة الدراسة من نزلاء المستشفيات ، و 75.0% من عينة الدراسة من المراجعين في العيادات الخارجية.

جدول رقم (7)

توزيع عينة الدراسة حسب متغير معاملة المريض

	التكرار	النسبة المئوية
نزيل في المستشفي	10	25.0
بالعيادة الخارجية	30	75.0
المجموع	40	100.0

رابعا:- الإجراءات

الأدوات المستخدمة في الدراسة:-

أولا:- قائمة المعاملة الوالدية: وهذه القائمة وضعها في الأصل ايلاس شـيفرSchaefer وهـي تزود الباحث بتقدير حقيقي عن السلوك الفعلي للوالدين في تعاملهما مع الأبناء في مواقف التنشئة المختلفة.

والقائمة مكونة من ثمانية عشر مقياسا يتكون كل منها من ثمانية عبارات أو ستة عشر عبـارة بحيث يصل المجموع الكلي للعبارات إلى 192 عبارة موزعة على المقاييس الفرديـة توزيعـا عشوائيا.

ثانيا:- تم إعداد الاختبار على النحو التالي:

1-إعداد اختبار أولي من اجل استخدامها في جمع البيانات والمعلومات.

2-عرض الاختبار على المشرف من اجل اختبار مدى ملائمتها لجمع البيانات.

3-تعديل فقرات الاختبار بشكل أولي حسب ما يراه المشرف.

4-تم عرض الاختبار على مجموعة من المحكمين والذين قاموا بدورهم بتقديم النصح والإرشاد وتعديل وحذف ما يلزم.

5-إجراء دراسة اختباريه ميدانية أولية للاختبار وتعديل حسب ما يناسب.

6-توزيع الاختبار على جميع إفراد العينة لجمع البيانات اللازمة للدراسـة ، وقـد تـم تقـسيم الاختبار إلى قسمين كالتالي:

القسم الأول: يحتوى على مجموعة من الأسئلة وتهدف إلى التعرف علـى رأي أفـراد عينـة الدراسة في معاملة الآباء لهم ويتكون من 72 فقرة

القسم الثاني : يحتوى على مجموعة من الأسئلة وتهدف إلى التعرف علـى رأي أفـراد عينـة الدراسة في معاملة الأمهات لهم ويتكون من 72 فقرة

وقد كانت الإجابات لكل فقرة وفق المقياس الثلاثي كالتالي:

التصنيف	نعم	إلى حد ما	لا
الدرجة	3	2	1

ثالثا:- وصف المقياس:-اشمل المقياس على سبعة أبعاد هي:-

1- بعد التقبل ويمثله (16) عبارة.

2- بعد الرفض ويمثله(16) عبارة.

3- بعد عدم الاتساق ويمثله(8)عبارات.

4- بعد التساهل ويمثله(8)عبارات.

5- بعد التساهل الشديد ويمثله(8)عبارات.

6- بعد تلقين القلق الدائم ويمثله(8)عبارات.

7- بعد انسحاب العلاقة ويمثله(8)عبارات.

حيث اشمل المقياس في صورته النهائية على 72 عبارة جميعها تقيس الاتجاهات الوالدية.

صدق وثبات الاختبار:

قام الباحث بتقنين فقرات الاختبار وذلك للتأكد من صدقه وثباته كالتالي:

صدق فقرات الاختبار : قام الباحث بالتأكد من صدق فقرات الاختبار كالتالي:.

حيث أن الاختبار المأخوذ من قائمة شيفر للمعاملة الوالدية وبع أن قام الباحث بإجراء ما يلـزم من حذف وتعديل في ضوء مقترحات المشرف بعد تسجيلها في نموذج تم إعداده، وبذلك خـرج الاختبار في صورته شبه النهائية ليتم تطبيقه على العينة الاستطلاعية. كما قد تبنـى الاختبـار المستخدم في دراسة قوته (2000) والمأخوذ من قائمة شيفر للمعاملة الوالدية ،وكـان المقيـاس الأصلي يحتوي على (78) بندا تم اختزالها إلى (72)بندا وقد تم تقسيم بنود الاختبار وفقا للتحليل العاملي للمعاملة الوالدية وقد تم تقييم ثبات الاختبار باستخدام معاملات الثبات العامـة للأنمـاط الوالدية .

1- صدق الاتساق الداخلي لفقرات الاختبار:

وقد قام الباحث بحساب الاتساق الداخلي لفقرات الاختبار على العينة الاسـتطلاعية البالغـة 50 فردا التي تم تطبيقها على أهالي المرضى المترددين على العيادة الخارجية ،وهم غالبا يحضرون لصرف العلاج دون إحضار مرضاهم معهم في كل مرة،لذلك فإن عدد المرضى المتاح للدراسة يكون أقل من عدد الأهل الذين تم أخذهم في العينة الاستطلاعية ، وذلـك بحـساب معـاملات الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية للقسم التابع له.

***قياس صدق الاتساق الداخلي لفقرات الاختبار**

جدول رقم (1) يبين معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقـرات الاختبـار والدرجـة الكليـة لفقراته، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى دلالة (0.05)حيث أن قيمة r

المحسوبة اكبر من قيمة r الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 49 والتـي تـساوي 0.273، وبذلك تعتبر فقرات الاختبار صادقة لما وضعت لقياسه

جدول رقم (8)

معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات الاختبار والدرجة الكلية لفقراته

مسلسل	الفقرة	الرأي في معاملة الأب		الرأي في معاملة الأم	
		معامل الارتباط	مستوى المعنوية	معامل الارتباط	مستوى المعنوية
1.	**يجعلني أشعر بالراحة بعد أن أتكلم معه عن همومي .**	**0.374**	**0.008**	**0.466**	**0.001**
2.	**ليس صبورا معي (باله ليس طـويلا جـدا معي) .**	**0.340**	**0.017**	**0.393**	**0.005**
3.	**ينسى بسرعة بعض أوامـره أو تعليماتـه التى كان قد أصدرها.**	**0.428**	**0.002**	**0.485**	**0.000**
4.	**يهتم بمحاسني أكثر مما يهتم بأخطائي .**	**0.413**	**0.003**	**0.345**	**0.016**
5.	**لا يحاول في كثير من الأحيـان اكتـشاف أخطائي .**	**0.409**	**0.003**	**0.421**	**0.002**
6.	**متساهل معي .**	**0.544**	**0.000**	**0.500**	**0.000**
7.	**يقلق على مستقبلي لأنه يبالغ فى الاهتمـام بأخطائي .**	**0.546**	**0.000**	**0.489**	**0.000**
8.	**يعتقد أن أفكاري غير مجدية .**	**0.536**	**0.000**	**0.330**	**0.021**
9.	**يقاطعني ولا يتكلم معي عندما أضايقه .**	**0.406**	**0.004**	**0.311**	**0.031**
10.	**يتحدث معي دائما بصوت دافئ .**	**0.471**	**0.001**	**0.367**	**0.011**
11.	**يجعلني أشعر أنه يفهم مشكلاتي وهمومي**	**0.491**	**0.000**	**0.466**	**0.001**
12.	**يعتبرني مشكلة كبيرة .**	**0.460**	**0.001**	**0.344**	**0.017**
13.	**نادرا ما يساعدني عندما أحتاجه .**	**0.471**	**0.000**	**0.409**	**0.004**

مسلسل	الفقرة	الرأي في معاملة الأب		الرأي في معاملة الأم	
		معامل الارتباط	مستوى المعنوية	معامل الارتباط	مستوى المعنوية
14.	يعاقبني أحيانا على عمل شئ ما ويتجاهله فى اليوم التالي.	0.329	0.020	0.328	0.025
15.	لا يهتم كثيرا بأخطائي .	0.319	0.024	0.456	0.001
16.	يصفح عني بسهوله عندما أرتكب خطأ .	0.332	0.019	0.330	0.020
17.	لا يثق في لفترة طويلة إذا حدث أن أخلفت وعدا .	0.564	0.000	0.330	0.022
18.	يبعد عني أحيانا عندما لا يوافقني على أمر ما.	0.458	0.001	0.299	0.037
19.	يـستمتع بالحـديث معـي عـن الأشـياء والأحداث الجارية .	0.426	0.002	0.329	0.018
20.	يجعلني أشعر أنه يتمني لو لم يكن لديـه أطفال .	0.351	0.012	0.377	0.007
21.	يستمتع بالخروج معي فـى الزيـارات او الرحلات .	0.491	0.000	0.402	0.004
22.	ينسى إحضار أو شراء ما احتاج إليه .	0.513	0.000	0.368	0.009
23.	يسمح لي أحيانا بعمل أشياء كان يعتبرهـا يوما ما خاطئة .	0.418	0.003	0.360	0.010
24.	لا يطالبني كثيراً بعمل واجبي المنزلى	0.559	0.000	0.313	0.027
25.	لا يرفض لي أي طلب .	0.442	0.001	0.317	0.026
26.	يقول أننى سأعاقب يوماً ما على سـلوكي السيئ .	0.413	0.003	0.508	0.000
27.	عندما أعمل شيئا ما يسئ إليـه ويكلمنـي بصوت جاف .	0.405	0.003	0.343	0.015

مسلسل	الفقرة	الرأي في معاملة الأب		الرأي في معاملة الأم	
		معامل الارتباط	مستوى المعنوية	معامل الارتباط	مستوى المعنوية
28.	يبتسم لي معظم الوقت .	0.418	0.003	0.458	0.001
29.	يواسيني ويجعلني أشعر بالراحـة عنـدما أكون قلقا أو حزينا .	0.430	0.002	0.301	0.032
30.	يراقبني باستمرار ولا يغفر لي أي خطأ .	0.300	0.037	0.279	0.047
31.	يشكو دائما من كل أفعالي .	0.450	0.001	0.293	0.041
32.	يعتمد مسألة إجباري على اتباع أحد أوامره على مزاجه إذا كان معتدل أو غير معتدل .	0.472	0.000	0.544	0.000
33.	لا يتحقق من انني عملـت الأشـياء التـي طلبها مني أم لا .	0.427	0.002	0.283	0.046
34.	يصفح عني بسهولة عندما أعمل شيئا مـا خطأ	0.470	0.001	0.301	0.036
35.	كثيراً ما يذكرني بتصرفاتي الخاطئة حتـى بعد مرور وقت طويل عليها .	0.486	0.000	0.476	0.000
36.	يصبح أقل مودة وصداقة معي عندما أخالفه في الرأي .	0.326	0.021	0.550	0.000
37.	يستمتع بعمل الأشياء معي .	0.592	0.000	0.591	0.000
38.	يستمتع بعمل أشياء كثيرة معي داخل البيت أو خارجه .	0.478	0.000	0.522	0.000
39.	يخالفني كثيراً ويغضب منى عنـدما أعمـل شئ ما لا يحبه .	0.529	0.000	0.337	0.016
40.	ينفعل بسرعة شديدة في كثير من الأحيـان عندما أضايقه .	0.393	0.004	0.426	0.002
41.	يلتزم بالنظم والقواعد عندما تناسبه فقط .	0.431	0.002	0.464	0.001

مسلسل	الفقرة	الرأي في معاملة الأب		الرأي في معاملة الأم	
		معامل الارتباط	مستوى المعنوية	معامل الارتباط	مستوى المعنوية
.42	قلما يطلب مني بالحاح عمل أي شئ .	0.355	0.011	0.340	0.016
.43	يسمح لي بالسهر خارج البيت بعد إلحاح .	0.349	0.013	0.544	0.000
.44	يعتقد أنني سوف أندم مع مرور الأيام لأنني لم أكن ابنا صالحا كما يريد (أو يتوقع).	0.588	0.000	0.522	0.000
.45	يبتعد عني و يتجنبني تماما عندما أخيب ظنه فى .	0.460	0.001	0.471	0.001
.46	يطمئني ويهدئ من روعي عندما أكون خائفا أو قلقا .	0.608	0.000	0.329	0.018
.47	لا يعمل معي .	0.683	0.000	0.301	0.032
.48	يواسيني ويدخل على نفس السرو عندما أكون حزينا .	0.567	0.000	0.288	0.040
.49	لا يحضر لي الأشياء التي احتاجها إلا بعد آلحاح شديد .	0.584	0.000	0.362	0.009
.50	كثيرا ما يغير النظم والقواعد التى يأمرني بأتباعها .	0.666	0.000	0.416	0.002
.51	لا يرغمني على ألتزام قواعد أو نظم محددة.	0.417	0.002	0.500	0.000
.52	لا يصر على أن أطيعه إذا أظهرت احتجاجا.	0.466	0.001	0.279	0.047
.53	يعتبر أي سلوك سئ خطأ كبيراً وسيكون له نتائج بعيدة في المستقبل.	0.338	0.016	0.469	0.001
.54	يبتعد عني ولا يكلمني إذا أيدت وجهة نظر شخص آخر غيره أثناء نقاش بينهما.	0.488	0.000	0.278	0.048
.55	يستمتع بقضاء وقته معي في البيت .	0.425	0.002	0.292	0.039

مسلسل	الفقرة	الرأي في معاملة الأب		الرأي في معاملة الأم	
		معامل الارتباط	مستوى المعنوية	معامل الارتباط	مستوى المعنوية
56.	**لا يعرف ما أحتاج إليه أو ما أريده .**	**0.396**	**0.004**	**0.475**	**0.000**
57.	**كان يحنو علي ويقبلني قبل النـوم عنـدما كنت صغيرا .**	**-0.132**	**0.356**	**0.426**	**0.002**
58.	**يعاملنى كما لو كنت شخصا غريبا عنه .**	**0.510**	**0.000**	**0.304**	**0.032**
59.	**يصر على أن اتبع أمرا معينـا فـى أحـد الأيام، لكنه ينسي هذا الأمـر فـى اليـوم التالي.**	**0.642**	**0.000**	**0.346**	**0.013**
60.	**لا يهتم كثيراً إذا لم أعمل أشياء كـان قـد كلفني بها .**	**0.435**	**0.002**	**0.464**	**0.001**
61.	**أستطيع أن أحدثه بطريقة غير مفهومة إذا كنت اشتكي له .**	**0.346**	**0.014**	**0.361**	**0.010**
62.	**يعتقد أننا سندفع أن عاجلا أو آجـلا ثمـن تصرفاتنا السيئة .**	**0.487**	**0.000**	**0.452**	**0.001**
63.	**اذا جرحت مشاعره يقاطعني ولا يتكلم معه حتي أعتذر له .**	**0.418**	**0.002**	**0.393**	**0.005**
64.	**يبدو فخورا بالأشياء التي أعملها .**	**0.542**	**0.000**	**0.345**	**0.016**
65.	**يطلب منى أخرج من البيت وأذهب بعيداً .**	**0.607**	**0.000**	**0.301**	**0.032**
66.	**يغير تعليماته وأوامره ليجعل الاشياء أسهل بالنسبة له .**	**0.445**	**0.001**	**0.492**	**0.000**
67.	**لا يعاقبني أحيانا علي أخطاء ارتكبتها معه.**	**0.625**	**0.000**	**0.466**	**0.001**
68.	**يجعلني أشعر أنني أستطيع التحدث معه في الأشياء التي تهمني**	**0.512**	**0.000**	**0.368**	**0.009**
69.	**يذكرني دائماً بأعمالي السيئة .**	**0.448**	**0.001**	**0.550**	**0.000**

مسلسل	الفقرة	الرأي في معاملة الأب		الرأي في معاملة الأم	
		معامل الارتباط	مستوى المعنوية	معامل الارتباط	مستوى المعنوية
.70	**عندما أضايقه يقاطعني تماما ولا يكلمني حتى أصلح خطئي**	**0.405**	**0.003**	**0.591**	**0.000**
.71	**لا يحاول تغيير سلوكي بل يقبلني كما أنا .**	**0.411**	**0.003**	**0.328**	**0.019**
.72	**يجعلني أشعر أنني غير محبوب لديه .**	**0.606**	**0.000**	**0.522**	**0.000**

قيمة r الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 49 تساوي 0.273

الصدق البنائي لمجالات الاستبانة:

جدول رقم (9) يبين مدى ارتباط كل مجال من أقسام الاختبار بالدرجة الكلية لفقرات الاختبار، والذي يبين أن محتوى كل مجال من مجالات الاختبار له علاقة قوية بهدف الدراسة عند مستوى دلالة (0.05).

جدول رقم (9)

الصدق البنائي لأقسام الاختبار

القسم	محتوى القسم	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الأول	التقبل	0.576	0.001
الثاني	الرفض	0.473	0.008
الثالث	عدم الاتساق	0.427	0.019
الرابع	التساهل	0.690	0.000
الخامس	ت الشديد	0.834	0.000
السادس	تلقين القلق الدائم	0.745	0.000
السابع	انسحاب العلاقة	0.636	0.000

قيمة r الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 47 تساوي 0.273

ثبات الاستبانة Reliability:

وقد أجرى الباحث خطوات الثبات على العينة الاستطلاعية نفسها بطريقتين هما طريقة التجزئة النصفية ومعامل ألفا كرونباخ.

- **طريقة التجزئة النصفية Split-Half Coefficient:**

تم إيجاد معامل ارتباط بيرسون بين معدل الأسئلة الفردية الرتبة ومعـدل الأسـئلة الزوجيـة الرتبة لكل قسم من أقسام الاختبار، وقد تم تصحيح معاملات الارتباط باستخدام معامل ارتباط سبيرمان براون للتصحيح (Spearman-Brown Coefficient) حسب المعادلـة التاليـة:

$$\text{معامل الثبات} = \frac{2ر}{1+ر}$$

حيث ر معامل الارتباط وقد بين جدول رقم (10) يبين أن هناك معامل ثبـات كبيـر نـسبيا لفقرات الاختبار.

جدول رقم (10)

معامل الثبات (طريقة التجزئة النصفية)

مسلسل	المجال	معامل الارتباط	معامل الثبات	مـــــستوى المعنوية
الأول	التقبل	0.7546	0.8601	0.000
الثاني	الرفض	0.7214	0.8382	0.000
الثالث	عدم الاتساق	0.6255	0.7696	0.000
الرابع	التساهل	0.6987	0.8227	0.000
الخامس	ت الشديد	0.7146	0.8335	0.000
السادس	تلقين القلق الدائم	0.7458	0.8544	0.000
السابع	انسحاب العلاقة	0.7658	0.8674	0.000
	جميع الفقرات	0.7234	0.8395	0.000

قيمة r الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 49 تساوي 0.273

طريقة ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha:

استخدم الباحث طريقة ألفا كرونباخ لقياس ثبات الاستبانة كطريقة ثانية لقياس الثبات وقد يبـين جدول رقم (11) أن معاملات الثبات مرتفعة لأقسام الاختبار.

جدول رقم (11)

معاملات الثبات (طريقة ألفا كرونباخ)

مسلسل	المجال	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ للثبات
الأول	التقبل	72	0.8897
الثاني	الرفض	72	0.8547
الثالث	عدم الاتساق		0.7985
الرابع	التساهل		0.8547
الخامس	ت الشديد		0.7654
السادس	تلقين القلق الدائم		0.8784
السابع	انسحاب العلاقة		0.8954
	جميع الفقرات	144	0.8688

المعالجات الإحصائية:

لقد قام الباحث بتفريغ وتحليل الاستبانة من خلال برنـامج SPSS الإحـصائي وتـم اسـتخدام الاختبارات الإحصائية التالية:

1- النسب المئوية والتكرارات

2- اختبار ألفا كرونباخ لمعرفة ثبات فقرات الاستبانة

3- معامل ارتباط بيرسون لقياس صدق الفقرات

4- اختبار كولومجروف-سمرنوف لمعرفة نوع البيانات هل تتبع التوزيع الطبيعـي أم لا (1- Sample K-S)

5- اختبار One sample t test

6- اختبار One Way ANOVA (تحليل التباين الأحادي) .

اختبار التوزيع الطبيعي(اختبار كولمجروف- سمرنوف (1- Sample K-S))

سنعرض اختبار كولمجروف- سمرنوف وهو لمعرفة هل البيانات تتبع التوزيع الطبيعـي أم لا وهو اختبار ضروري في حالة اختبار الفرضيات لان معظم الاختبارات المعمليـة تـشترط أن يكون توزيع البيانات طبيعيا. ويوضح الجدول رقم (12) نتائج الاختبار حيث أن قيمة مـستوى الدلالة لكل قسم اكبر من 0.05 ($sig. > 0.05$) وهذا يدل على أن البيانات تتبـع التوزيـع الطبيعي ويجب استخدام الاختبارات المعلمية و الإحصاء البارمتري

جدول رقم (12)

اختبار التوزيع الطبيعي(1-Sample Kolmogorov-Smirnov)

مسلسل	المجال	قيمة Z	قيمة مستوى الدلالة
الأول	التقبل	0.6343	0.816
الثاني	الرفض	0.776	0.583
الثالث	عدم الاتساق	0.912	0.377
الرابع	التساهل	0.611	0.849
الخامس	ت الشديد	0.748	0.630
السادس	تلقين القلق الدائم	0.676	0.751
السابع	انسحاب العلاقة	0.970	0.303
	جميع الفقرات	0.828	0.499

الفصل الخامس

نتائج الدراسة وتفسيرها

قام الباحث في هذا الفصل بعرض نتائج الدراسة الحالية وتفسيرها للتحقق من فـروض الدراسة من خلال عرض أهم ما توصلت إليه نتائج المقياس الذي تم تطبيقه على عينة الدراسـة

والتي استخدم الباحث فيها مقياس الاتجاهات الوالدية من إعداد /د.صلاح أبو ناهية و د.رشـاد موسى.

وفي الصفحات التالية سوف يقوم الباحث باختبار فرضيات الدراسة والتي تبين لنا الفروق فـي الاتجاهات الوالدية بين مرضى الفصام العقلي ومجموعة الأسوياء،كما ستبين الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي ببعض المتغيرات الديموغرافية وذلك على النحو التالي:

الفرض الأول:لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية في الاتجاهات الوالدية بين مجموعة الأسوياء ومجموعة المصابين بالفصام عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ **.**

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار t للفرق بين متوسط عينتين مستقلتين والنتائج مبينة في جدول رقم (13) والتي تبين أن قيمة مستوى الدلالة لكل من المجالات كانت اقل من 0.05 كما أن قيمة t المحسوبة لتلك المجالات اكبر من قيمة t الجدولية والتي تساوي 2.02 ممـا يعنـي وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ في تلك المجالات لدى مرضـى الفصام العقلي بين مجموعة الأسوياء ومجموعة المصابين بالفصام عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$

وبصفة عامة يتبين أن قيمة مستوى المعنوية لجميع المجالات مجتمعة تساوي 0.002 وهي اقل من 0.05 ، كما أن قيمة t المحسوبة لجميع المجالات تساوي -3.244 وهي اقل مـن قيمـة t الجدولية والتي تساوي 1.99 - مما يعني رفض الفرضية أي توجد فروق ذات دلاله إحـصائية في الاتجاهات الوالدية بين مجموعة الأسوياء ومجموعة المـصابين بالفـصام عنـد مـستوى دلالة $\alpha = 0.05$.

أما قيمة مستوى الدلالة لمجال " التساهل" فكانت أكبر من 0.05 مما يعنى عدم وجود فروق ذات دلاله إحصائية بين مجموعة الأسوياء ومجموعة المصابين بالفصام عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$.

جدول رقم (13)

اختبار t للفروق بين نتوسط آراء أفراد العينة حول في الاتجاهات الوالدية بين مجموعة الأسوياء ومجموعة المصابين بالفصام.

المجال	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمةt	مستوى الدلالة
التقبل	الأسوياء	50	2.43	0.302	2.243	0.027
	المرضى	40	2.27	0.373		
الرفض	الأسوياء	50	1.59	0.349	-3.556	0.001
	المرضى	40	1.89	0.430		
عدم الاتساق	الأسوياء	50	1.76	0.390	-2.458	0.016
	المرضى	40	1.98	0.444		
التساهل	الأسوياء	50	1.88	0.322	0.002	0.998
	المرضى	40	1.88	0.407		
الشديد	الأسوياء	50	2.10	0.293	3.107	0.003
	المرضى	40	1.90	0.297		
تلقين القلق الدائم	الأسوياء	50	1.92	0.413	-4.368	0.000
	المرضى	40	2.28	0.355		
انسحاب العلاقة	الأسوياء	50	1.97	0.394	-4.437	0.000
	المرضى	40	2.31	0.328		
جميع المجالات	الأسوياء	50	1.96	0.177	-3.244	0.002
	المرضى	40	2.07	0.144		

قيمة t الجدولية عند درجة حرية "78" ومستوى دلالة 0.05 تساوي 1.99

مناقشة الفرض الأول :

وجود فروق ذات دلاله إحصائية في الاتجاهات الوالدية بين مجموعة الأسوياء ومجموعة المصابين بالفصام في جوانب التقبل، الرفض، وعدم الاتساق، تلقين القلق الدائم، انسحاب العلاقة وذلك ناتج عن اختلاف القدرات العقلية والنفسية بين الأسوياء والمرضى في الحكم على الاتجاهات الوالدية لذويهم، حيث أن المصابين بالفصام يمكن أن يتأثروا بالأعراض الذهانية مثل الضلالات والهلاوس و الهذيانات في تفسير اتجاهات والديهم. ويوافق ذلك دراسة عبد الرحمن (1998) والتي أكدت على وجود فروق بين الأسوياء والعصابيون والذهانيون في أساليب المعاملة الوالدية وذلك لصالح الأسوياء.

وقد يرجع السبب في ذلك أن الأبناء الذين ينشئون في جو نفسي يتميز بضعف الرعاية وقلة التوجيه والإرشاد،وعدم التمييز بين ما هو مفيد أو ما هو مضر وكيفية التعامل مع العالم الخارجي لدى هؤلاء المرضى في فهم اتجاهاتهم الوالدية.

كما بينت الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بمرض الفصام والأسوياء في عامل التساهل ، وهذا يدل على الاتجاه العاطفي لدى الآباء و الأمهات في المجتمع الفلسطيني في التعامل مع أبنائهم،مما يجعلهم دائماً يقفون بجانب أبنائهم من مرضى الفصام وخصوصاً لأن هؤلاء المرضى يوصمون بالجنون من الناس المحيطون بهم والحقيقة أن المجتمع الفلسطيني بحاجة لمعرفة المزيد حول هذا المرض وكيفية التعامل مع هذه الفئة من المرضى.مع أن المريض الفصامي يتمتع بقدرة جيدة على الإدراك الزماني والمكاني وإدراك الحالة،كما أن مستوى الذكاء عند مريض الفصام لا يتأثر كثيرا إلا بعد سنوات كثيرة من المرض،إلا انه لدية القدرة العقلية لفهم المفردات أما ما يشوش هذه القدرة فهو عدم تمييزه بين الواقع وعالم الخيال المعتمد على الضلالات والهلاوس وهذه الحالة المرضية تؤثر مما لا شك فيه في مدى تقديره للمعاملة الوالدية فمثلا المريض الذي يوجد لديه اعتقاد خاطئ بالاضطهاد يشعر بأن المعاملة الوالدية سيئة وأن والدية يحاولوا إلحاق الأذى به في كل مره، وربما لا تكون المعاملة الوالدية في الحقيقة كذلك ولكن نقيس في هذا الاختبار المعاملة الوالدية من منظور المريض نفسه. أما بالنسبة لعامل التساهل فتقديره من جانب المريض الفصامي يرجع إلى عدم فهمه لحالة اللامبالاة واليأس التي وصل إليها الوالدين في التعامل مع المريض وعدم وجود أمل لديهم في وضع حد لتصرفاته المضطربة مما يؤدي إلى استسلام الأهل للأمر الواقع وعدم متابعتهم لحالة المريض،وهذا ربما يراه المريض نوعا من التساهل ولكنه في الحقيقة إهمال من الأهل نابع من اليأس من شفاء المريض وفقا لواقع المجتمع الفلسطيني الذي يهتم بالمريض النفسي في الأيام الأولى من المرض ثم يهمله عندما يصبح المرض مزمنا.

الفرض الثاني:لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية في الاتجاهات الوالدية لدى مرضى

الفصام العقلي تعزى لمتغير الجنس عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$.

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار t للفرق بين متوسط عينتين مستقلتين والنتائج مبينة في جدول رقم (14) والتي تبين انه توجد فروق في آراء أفراد العينة في مجـالي " التـساهل " و " التساهل الشديد" حيث بلغت مستوى الدلالة لكل منهما 0.016 ، 0.014 على الترتيب وهي اقل من 0.05 .

كما يتبين أن قيمة مستوى الدلالة لبقية المجالات وللمجالات مجتمعة اكبر مـن 0.05 كمـا أن قيمة t المحسوبة لتلك المجالات اصغر من قيمة t الجدولية والتي تساوي 2.02 مما يعني قبـول الفرضية أي لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية في الاتجاهات الوالدية لدى مرضـى الفـصام العقلي تعزى لمتغير الجنس عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$.

جدول رقم (14)

اختبار t للفروق بين متوسط آراء أفراد العينة حول الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي تعزى لمتغير الجنس

المجال	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمةt	مستوى الدلالة
التقبل	ذكر	28	2.28	0.391	0.406	0.687
	أنثى	12	2.23	0.340		
الرفض	ذكر	28	1.91	0.456	0.427	0.672
	أنثى	12	1.84	0.376		
عدم الاتساق	ذكر	28	2.06	0.475	1.735	0.091
	أنثى	12	1.80	0.306		
التساهل	ذكر	28	1.98	0.384	2.511	0.016
	أنثى	12	1.65	0.376		
الشديد	ذكر	28	1.98	0.261	2.572	0.014
	أنثى	12	1.73	0.315		
تلقين القلق الدائم	ذكر	28	2.25	0.381	-0.885	0.382
	أنثى	12	2.35	0.284		
انسحاب العلاقة	ذكر	28	2.26	0.339	-1.732	0.091
	أنثى	12	2.45	0.268		
جميع المجالات	ذكر	28	2.10	0.153	1.771	0.085
	أنثى	12	2.01	0.100		

قيمة t الجدولية عند درجة حرية "38" ومستوى دلالة 0.05 تساوي 2.02

مناقشة الفرض الثاني:

أولا بالنسبة للفرضية الثانية لم تظهر نتائج الدراسة فروق ذات دلالـه إحـصائية فـي الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي تعزى لمتغير الجنس وهذا يدل علـى أن نظـرة الوالدين نحو أبنائهم المرضى النفسيين لا تتأثر بجنس المريض وهذه النتائج متوازنة مع الواقع الفلسطيني الذي يصدم بالمرض النفسي للابن من جهة بصفته الراعي المستقبلي للأسرة والـذي عليه سوف توضع الأعباء الاقتصادية والاجتماعية ،كما يصدم بالمرض النفسي للفتاة الذي يقف حائلا ما بينها وبين الزواج وبالتالي تساوي مستوى الصدمة يقلل من فروقات الاتجاهات الوالدية حسب الجنس.

ففي المجتمع الفلسطيني المعاصر أصبحت المرأة لهـا دور يكـاد أن يكـون مـساويا لـدور الرجل،فالمرأة أصبحت تعمل وتكتسب الرزق وتساعد في الإنفاق على البيت،وأصبحت هي التي تقوم بعملية الشراء لمستلزمات البيت،كما أصبحت تناضـل فـي الكفـاح ودخلـت الـسجون والمعتقلات وكذلك دخلت المجالس التشريعي من خلال دخولها السياسة فمن هذا المنطلق أصـبح المجتمع الفلسطيني لا يفرق بين دور الرجل ودور المرأة في إدارة دفة الحيـاة الأسـرية،فهناك الكثير من النساء أعتقل أزواجهن أو استشهدوا وحملوا على عاتقهم كامل المسؤولية في تربيـة الأولاد وتوفير أسباب العيش لهم ومن هذا المنطلق نجد من الطبيعي ومن غير المستغرب عـدم وجود فروق بين الجنسيين في تقديرهم للاتجاهات الوالدية نحو مرض الفصام.

أما بالنسبة لمجال التساهل والتساهل الشديد فتبين وجود فروق وهذا يرجع لطبيعة تركيبة الأسرة الفلسطينية وطبيعة تسامحها وتساهلها مع بناتها أكثر من الأولاد بسبب الميـل العـاطفي اتجـاه البنت لأنها الطرف الأضعف ولأنها تحتاج إلى حماية ودعم ومساندة أكثر من الأولاد من وجهة نظر الوالدين في المعاملة وذلك طبعا يختلف من فرد لفرد ومن أسره لأسرة في التعامل.

الفرض الثالث:لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ في الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي تعزى لمتغير العمر.

لاختبار الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق بين متوسط آراء أفراد العينة في الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي تعزى لمتغير العمر والنتائج مبينة في جـدول رقم (15) والتي تبين أن قيمة مستوى الدلالة لكل مجال وللمجالات مجتمعة اكبر مـن 0.05 ، كما أن قيمة F المحسوبة لكل مجال وللمجالات مجتمعة اقل من قيمة F الجدولية والي تـساوي 2.86 ما يعني قبول الفرضية أي لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ في الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي تعزى لمتغير العمر.

جدول رقم (15)

نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لقياس الفروق فـي آراء أفـراد عينـة الدراسة حول الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي يعزى للعمر

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "F"	مستوى الدلالة
التقبل	بين المجموعات	0.3829	3	0.1276	0.910	0.446
	داخل المجموعات	5.0483	36	0.1402		
	المجموع	5.4313	39			
الرفض	بين المجموعات	0.8199	3	0.2733	1.541	0.221
	داخل المجموعات	6.3862	36	0.1774		
	المجموع	7.2062	39			
عدم الاتساق	بين المجموعات	1.1844	3	0.3948	2.189	0.106
	داخل المجموعات	6.4917	36	0.1803		
	المجموع	7.6762	39			
التساهل	بين المجموعات	1.3379	3	0.4460	3.128	0.038
	داخل المجموعات	5.1324	36	0.1426		
	المجموع	6.4702	39			
الشديد	بين المجموعات	0.1191	3	0.0397	0.431	0.732
	داخل المجموعات	3.3175	36	0.0922		
	المجموع	3.4366	39			
تلقين القلق الدائم	بين المجموعات	0.0380	3	0.0127	0.094	0.963
	داخل المجموعات	4.8678	36	0.1352		
	المجموع	4.9059	39			
انسحاب العلاقة	بين المجموعات	0.1548	3	0.0516	0.459	
	داخل المجموعات	4.0444	36	0.1123		0.713
	المجموع	4.1991	39			
جميع المجالات	بين المجموعات	0.1070	3	0.0357	1.837	0.158
	داخل المجموعات	0.6994	36	0.0194		
	المجموع	0.8064	39			

قيمة F الجدولية عند درجتي حرية (3، 36) و مستوى دلالة 0.05 تساوي 2.86

مناقشة الفرض الثالث:

وهذه النتيجة تتوافق مع نتائج دراسة زقوت(2001) ولا يتعارض هذا مع دراسة قوته (2000) التي أظهرت أن الاتجاهات المعاصرة بين صغار السن أكبر منها عند كبار السن حيـث يزيـد الاتجاه التفكيري لـصالح كبـار الـسن.حيـث أن دراسـته ركـزت علـى عوامـل مثـل (التقبل،الرفض،عدم الاتساق ،التساهل ،التساهل الشديد،تلقين القلق الدائم،انسحاب العلاقة) ولـم تشمل المعاصرة والتقليد.

وذلك يرجع لسبب أن المرضى الفصاميين غالبيتهم يعيشون في عائلات ممتـدة، يكـون فيهـا أسلوب التعامل والتنشئة متناقلا من الأجداد إلى الأبناء وبالتالي فإن مثل هذا النمط التقليدي فـي المعاملة والاتجاهات الوالدية يكون سائداً في مثل هذه الأسر مما يقلل الفرو قات الناشـئة عـن اختلاف العمر.فنجد المرضى على اختلاف فئاتهم العمرية يكون إحساسهم بالمعاملة الوالدية نابعا عن القيم وثقافة المجتمع التي في الأساس تجعل الفرد يحمل الاحترام والتقدير يضل ثابتـا وإن تقدم الابن في السن وأصبح أبا ومستقلا عن والدية إلا إنه يشعر بأنه حينما يقف أمام والده كمـا لو أنه ما زال طفلا صغيرا ويعطي الوالد الاحترام الكامل،فإذا كانت الفروقات العمرية لا تـؤثر في إحساس الأسوياء باختلاف المعاملة الوالدية فمن الطبيعي أيضا أن تكـون الفروقـات بـين المرضى محدودة وغير ذات قيمة إحصائية.

الفرض الرابع:لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ في الاتجاهـات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

لاختبار الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق بين متوسط آراء أفراد العينة في الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية والنتائج مبينة في جدول رقم (16) والتي تبين أن قيمة مستوى الدلالة لكل مجال وللمجالات مجتمعة اكبر من 0.05 ، كما أن قيمة F المحسوبة لكل مجال وللمجالات مجتمعة اقل من قيمة F الجدولية والـي تساوي 3.25 ما يعني قبول الفرضية أي لا توجد فروق ذات دلاله إحـصائية عنـد مـستوى دلالة $\alpha = 0.05$ في الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفـصام العقلـي تعـزى لمتغيـر الحالـة الاجتماعية .

جدول رقم (16)

نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لقياس الفروق في آراء أفراد عينة الدراسة حول الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي يعزى للحالة الاجتماعية

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "F"	مستوى الدلالة
التقبل	بين المجموعات	0.1810	2	0.0905	0.638	0.534
	داخل المجموعات	5.2503	37	0.1419		
	المجموع	5.4313	39			
الرفض	بين المجموعات	0.2792	2	0.1396	0.746	0.481
	داخل المجموعات	6.9270	37	0.1872		
	المجموع	7.2062	39			
عدم الاتساق	بين المجموعات	0.3821	2	0.1910	0.969	0.389
	داخل المجموعات	7.2941	37	0.1971		
	المجموع	7.6762	39			
التساهل	بين المجموعات	0.9519	2	0.4760	3.191	0.053
	داخل المجموعات	5.5183	37	0.1491		
	المجموع	6.4702	39			
الشديد	بين المجموعات	0.1550	2	0.0775	0.874	0.426
	داخل المجموعات	3.2816	37	0.0887		
	المجموع	3.4366	39			
تلقين القلق الدائم	بين المجموعات	0.7304	2	0.3652	3.236	0.051
	داخل المجموعات	4.1754	37	0.1128		
	المجموع	4.9059	39			
انسحاب العلاقة	بين المجموعات	0.0871	2	0.0435	0.392	0.679
	داخل المجموعات	4.1120	37	0.1111		
	المجموع	4.1991	39			
جميع المجالات	بين المجموعات	0.0317	2	0.0158	0.756	0.477
	داخل المجموعات	0.7747	37	0.0209		
	المجموع	0.8064	39			

قيمة F الجدولية عند درجتي حرية (2، 37) و مستوى دلالة 0.05 تساوي 3.25

مناقشة الفرض الرابع :

عدم وجود فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha=0.05$ في الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية. وهذه النتيجة تخالف دراسة قوتـه (2000) والتي أظهرت أن الأرامل أكثر تمسكاً بالاتجاه التقليدي مقارنة بالمتزوجين والمطلقـين ويمكن تفسير هذا الاختلاف بعدم وجود أرامل في عينة دراستنا.بينما توافق نتائج دراستنا دراسة السلمي وآخرون (2002) والتي أكد فيها عدم وجود علاقة بين الاتجاهات والمـرض النفـسي والحالة الاجتماعية.

ويمكن تفسير عدم وجود فروق بأن غالبية المرضى الفصاميين يعيشون في مستوى اجتمـاعي واقتصادي متدني حيث أن مرض الفصام العقلي يؤدي إلى تدهور الأداء الـوظيفي للمرضـى وقدراتهم الإنتاجية مما يتسبب في انخفاض مستوى الدخل الشهري لديهم،كذلك يـؤدي الفـصام العقلي إلى تدهور العلاقات الاجتماعية للمرضى وميلهم إلى العزلة والانطواء،لذا تكون الـسمة الغالبة لكل الفئات الاجتماعية لمرضى الفصام العقلي أنهم يعيـشون فـي مـستوى اقتـصادي واجتماعي منخفض نتيجة لتأثير الأعراض المرضية لذا من الطبيعي عدم ظهـور فـروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية وذلك لأنهم جميعا في الهم سـواء ومـن هـذا المنطلق فإن تدني حالتهم الاجتماعية والاقتصادية تجعل إحساسهم بالمعاملـة الوالديـة متقاربـا ويميل غالبا إلى السلبية.

الفرض الخامس:-

5_لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية في الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي تعزى لعامل المواطنة عند مستوى دلالة $\alpha=0.05$ **.**

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار t للفرق بين متوسط عينتين مستقلتين والنتائج مبينة في جدول رقم (17) والتي تبين أن قيمة مستوى الدلالة لبقية المجالات وللمجالات مجتمعة اكبر من 0.05 كما أن قيمة t المحسوبة لتلك المجالات وللمجالات مجتمعة اقل مـن قيمـة t الجدوليـة والتي تساوي 2.02 مما يعني قبول الفرضية أي لا توجد فـروق ذات دلالـه إحـصائية فـي الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي تعزى لمتغير عامـل المواطنـة عنـد مـستوى دلالة $\alpha=0.05$.

جدول رقم (17)

اختبار t للفروق بين متوسط آراء أفراد العينة حول الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي تعزى لمتغير المواطنة

المجال	المواطنة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمةt	مستوى الدلالة
التقبل	مواطن	19	2.35	0.303	1.244	0.221
	لاجئ	21	2.20	0.422		
الرفض	مواطن	19	1.79	0.343	-1.340	0.188
	لاجئ	21	1.97	0.488		
عدم الاتساق	مواطن	19	2.00	0.507	0.293	0.771
	لاجئ	21	1.96	0.389		
التساهل	مواطن	19	1.88	0.442	-0.066	0.948
	لاجئ	21	1.89	0.384		
التشديد	مواطن	19	1.95	0.285	1.063	0.294
	لاجئ	21	1.85	0.306		
تلقين القلق الدائم	مواطن	19	2.16	0.375	-2.065	0.046
	لاجئ	21	2.38	0.307		
انسحاب العلاقة	مواطن	19	2.23	0.382	-1.565	0.126
	لاجئ	21	2.39	0.257		
جميع المجالات	مواطن	19	2.06	0.156	-0.774	0.444
	لاجئ	21	2.09	0.134		

قيمة t الجدولية عند درجة حرية "38" ومستوى دلالة 0.05 تساوي 2.02

مناقشة الفرض الخامس :

وعدم وجود فروق هو ناتج عن التفاعل الاجتماعي الإيجابي بين المواطنين واللاجئين، الذين تزاوج بعضهم من البعض وسكنوا بجوار بعضهم البعض مما أدى إلى انصهارهم اجتماعيا وظهور اتجاهات متقاربة نحو المرض النفسي.لذلك فإننا نجد أن تقدير المرضى من المواطنين واللاجئين يكاد يكون متقاربا لأن ثقافة المجتمع الحالي التي يتأثر بها كلا الطرفين متشابهة،في حين أن الفروقات الثقافية بين الأقليات العرقية والقبلية بدأت بالتضاؤل يوما بعد يوم،فمثلا قد يكون المريض الفصامي مواطنا وزوجته لاجئة وجيرانه موزعون بين مواطن ولاجئ وزملائه في العمل كذلك.

فمن هنا يتبين أن تأثير عامل المواطنة يكون متساويا أو متقاربا وذلك لتقارب الفئات المختلفة.

ويؤيد هذا التفسير أن معظم الدراسات السابقة لم تأخذ متغير المواطنة في الحسبان على أساس تشابه الاتجاهات عند المواطنين واللاجئين نتيجة للتفاعل الاجتماعي بينهم.

الفرض السادس :-لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ في الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي تعزى لمتغير منطقة السكن.

لاختبار الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق بين متوسط آراء أفراد العينة في الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي تعزى لمتغير مكان السكن والنتائج مبينة في جدول رقم (18) والتي تبين أن قيمة مستوى الدلالة لكل مجال وللمجالات مجتمعة اكبر من 0.05 ، كما أن قيمة F المحسوبة لكل مجال وللمجالات مجتمعة اقل من قيمة F الجدولية والتي تساوي 3.25 ما يعني قبول الفرضية أي لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ في الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي تعزى لمتغير مكان السكن.

جدول رقم (18)

نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لقياس الفروق في آراء أفراد عينة الدراسة حول الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي يعزى للسكن

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "F"	مستوى الدلالة
التقبل	بين المجموعات	0.1572	2	0.0786	0.551	0.581
	داخل المجموعات	5.2741	37	0.1425		
	المجموع	5.4313	39			
الرفض	بين المجموعات	0.0143	2	0.0072	0.037	0.964
	داخل المجموعات	7.1918	37	0.1944		
	المجموع	7.2062	39			
عدم الاتساق	بين المجموعات	0.0128	2	0.0064	0.031	0.970
	داخل المجموعات	7.6633	37	0.2071		
	المجموع	7.6762	39			
التساهل	بين المجموعات	0.2962	2	0.1481	0.887	0.420
	داخل المجموعات	6.1740	37	0.1669		
	المجموع	6.4702	39			

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "F"	مستوى الدلالة
الشديد	بين المجموعات	0.0629	2	0.0315	0.345	0.711
	داخل المجموعات	3.3737	37	0.0912		
	المجموع	3.4366	39			
تلقين القلق الدائم	بين المجموعات	0.4557	2	0.2279	1.895	0.165
	داخل المجموعات	4.4501	37	0.1203		
	المجموع	4.9059	39			
انسحاب العلاقة	بين المجموعات	0.1984	2	0.0992	0.917	0.408
	داخل المجموعات	4.0007	37	0.1081		
	المجموع	4.1991	39			
جميع المجالات	بين المجموعات	0.0072	2	0.0036	0.168	0.846
	داخل المجموعات	0.7992	37	0.0216		
	المجموع	0.8064	39			

قيمة F الجدولية عند درجتي حرية (2، 37) و مستوى دلالة 0.05 تساوي 3.25

مناقشة الفرض السادس:

عدم وجود فروق ذات دلاله إحصائية يعزى لمتغير منطقة السكن.وهو ناتج عن الوحدة الجغرافية لقطاع غزة وعدم وجود أي حواجز طبيعية أو أمنية دائمة أو مؤقتة تعيق حركة المواصلات والتنقل داخل أجزاء قطاع غزة خصوصاً بعد الانسحاب الإسرائيلي من غزة سنة 2005 وبالتالي الاحتكاك والتفاعل يكون سهلاً بين سكان في المناطق الجغرافية المختلفة مما يؤدي إلى تشابه الاتجاهات والميول نحو المرض النفسي.كما انه في كل منطقة سكنية يتوزع السكان توزيعا متقاربا فتجد فيها اللاجئ والمواطن والفلاح والمدني وان عدم وجود فروق في عامل منطقة السكن يدعم هذه الفرضية في عدم وجود فروق في منطقة السكن فاللاجئون يعيشون معظمهم في المخيمات والمواطنون يعيشون في المدينة وهذه التركيبة السكانية المتساوية بين المناطق الجغرافية المختلفة تقلل من الفروقات في الاتجاهات الوالدية التي تعزى لمتغير السكن.

وقد اتفقت هذه النتائج مع دراسة بركات وحسن (2006) والتي لم تجد فروقاً في اتجاهات الطلاب نحو المرض النفسي والعلاج النفسي بالنسبة لمتغير السكن.

الفرض السابع:لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية في الاتجاهات الوالدية بين مرضى الفصام العقلي المدخلين في المستشفى والمرضى المترددين على العيادة الخارجية عند مستوى دلالة $\alpha=0.05$ **.**

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار t للفرق بين متوسط عينتين مستقلتين والنتائج مبينة في جدول رقم (19) والتي تبين أن قيمة مستوى الدلالة لبقية المجالات وللمجالات مجتمعة اكبر من 0.05 كما أن قيمة t المحسوبة لتلك المجالات وللمجالات مجتمعة اصغر من قيمة t الجدولية والتي تساوي 2.02 مما يعني قبول الفرضية أي لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha=0.05$ بين آراء مرضى الفصام العقلي المدخلين في المستشفى والمرضى المترددين على العيادة الخارجية في الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي.

جدول رقم (19)

اختبار t للفروق بين نتوسط آراء أفراد العينة حول الاتجاهات الوالدية بين مرضى الفصام العقلي المدخلين في المستشفى والمرضى المترددين على العيادة الخارجية

المجال	نزيل/مراجع	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمةt	مستوى الدلالة
التقبل	نزيل في المستشفي	10	2.14	0.446	-1.231	0.226
	مراجع بالعيادة الخارجية	30	2.31	0.344		
الرفض	نزيل في المستشفي	10	1.99	0.563	0.914	0.367
	مراجع بالعيادة الخارجية	30	1.85	0.380		
عدم الاتساق	نزيل في المستشفي	10	1.92	0.414	-0.484	0.631
	مراجع بالعيادة الخارجية	30	2.00	0.458		
التساهل	نزيل في المستشفي	10	1.78	0.338	-0.908	0.369
	مراجع بالعيادة الخارجية	30	1.92	0.428		
التساهل الشديد	نزيل في المستشفي	10	1.75	0.331	-1.928	0.061
	مراجع بالعيادة الخارجية	30	1.95	0.272		
تلقين القلق الدائم	نزيل في المستشفي	10	2.25	0.352	-0.286	0.776

	مراجع بالعيادة الخارجية	30	2.29	0.361		
انسحاب العلاقة	نزيل في المستشفي	10	2.39	0.350	0.814	0.421
	مراجع بالعيادة الخارجية	30	2.29	0.323		
جميع المجالات	نزيل في المستشفي	10	2.04	0.134	-0.848	0.402
	مراجع بالعيادة الخارجية	30	2.08	0.147		

قيمة t الجدولية عند درجة حرية "38" ومستوى دلالة 0.05 تساوي 2.02

مناقشة الفرض السابع:

عدم وجود فروق ذات دلاله إحصائية في الاتجاهات الوالدية بين مرضى الفصام العقلي المدخلين في المستشفى والمرضى المترددين على العيادة الخارجية يمكن أن يعزى إلى أن فترة النوم في المستشفى قصيرة حيث تتراوح من أسبوع إلى أسبوعين وخلال هذه الفترة لا تعزل المريض عن بيئته الاجتماعية حيث يسمح لأهل المريض بزيارته كما يعطى المريض إجازة يخرج فيها إلى البيت ليعيش بين أهله ومجتمعه،كما أن الخدمات المعيشية التي يقدمها المستشفى تكون متدنية وتقتصر على المتطلبات الأساسية للمريض من أكل ودواء فيما تنحصر الخدمات الترفيهية الأخرى مما يقلل من شعور المريض بالفرق في الرفاهية بين البيت والمستشفى، ويكون المريض أثناء فترة النوم غير متصل بالواقع ويصعب عليه تكوين اتجاهات جديدة وبالتالي لا يوجد تأثير لنوم المريض في المستشفى في الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام.

وهذا يخالف دراسة الدليم(2005) والتي أجريت على عينة مكونة من (201) من مرضى الفصام المنومين والمترددين على مستشفى الصحة النفسية بمدينة الطائف ، حيث أكدت الدراسة على وجود فروق دالة إحصائيا على بعدي الضبط الاجتماعي والتعبير الانفعالي ،ويمكن تفسير هذا الاختلاف مع نتائج دراستنا أن هذين البعدين لم يتم استخدامهم في المقياس المطبق في هذه الدراسة .

الفرض الثامن:لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ في الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي تعزي للمستوى التعليمي .

لاختبار الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق بين متوسط آراء أفراد العينة في الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي تعزى لمتغير المستوى التعليمي والنتائج مبينة في جدول رقم (20) والتي تبين أن قيمة مستوى الدلالة لكل مجال وللمجالات

مجتمعة اكبر من 0.05 ، كما أن قيمة F المحسوبة لكل مجال وللمجالات مجتمعة اقل من قيمة F الجدولية والي تساوي 2.64 ما يعني قبول الفرضية أي لا توجد فروق ذات دلاله إحـصائية عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ في الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي تعـزى لمتغيـر المستوى التعليمي .

جدول رقم (20)

نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لقياس الفروق فـي آراء أفـراد عينـة الدراسة حول الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي يعزى للمستوى التعليمي

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "F"	مستوى الدلالة
التقبل	بين المجموعات	0.5290	4	0.1322	0.944	0.450
	داخل المجموعات	4.9023	35	0.1401		
	المجموع	5.4313	39			
الرفض	بين المجموعات	0.4609	4	0.1152	0.598	0.667
	داخل المجموعات	6.7453	35	0.1927		
	المجموع	7.2062	39			
عدم الاتساق	بين المجموعات	0.3643	4	0.0911	0.436	0.782
	داخل المجموعات	7.3119	35	0.2089		
	المجموع	7.6762	39			
التساهل	بين المجموعات	0.3009	4	0.0752	0.427	0.788
	داخل المجموعات	6.1693	35	0.1763		
	المجموع	6.4702	39			
الشديد	بين المجموعات	0.2507	4	0.0627	0.689	0.605
	داخل المجموعات	3.1859	35	0.0910		
	المجموع	3.4366	39			
تلقين القلق الدائم	بين المجموعات	1.1236	4	0.2809	2.599	0.053
	داخل المجموعات	3.7823	35	0.1081		
	المجموع	4.9059	39			
انسحاب العلاقة	بين المجموعات	0.3549	4	0.0887	0.808	0.529
	داخل المجموعات	3.8443	35	0.1098		
	المجموع	4.1991	39			
جميع المجالات	بين المجموعات	0.0221	4	0.0055	0.247	0.910
	داخل المجموعات	0.7843	35	0.0224		
	المجموع	0.8064	39			

قيمة F الجدولية عند درجتي حرية (4، 35) و مستوى دلالة 0.05 تساوي 2.64

مناقشة الفرض الثامن:

ويمكن تفسير عدم وجود الفروق بسبب أن أفراد العينة موزعون توزيعاً طبيعيـاً وفـق مستواهم التعليمي حيث أن الغالبية العظمى لهم تتركز في مستواهم التعليمي (المرحلة الإعدادية والثانوية) لذلك لا يظهر أثر للفئات المتطرفة في التوزيع ذات دلالة إحـصائية لأن عـددها 14 قليل وهذا يوافق نتائج دراسة زقوت (2001) الذي أكد فيها عدم وجود فروق في الاتجاه نحـو المرض النفسي ترجع إلى عامل التعليم.

وهذا يخالف العديد من الدراسات مثل دراسة قوته (2000) والتي أكدت وجود اتجاهات معاهدة وعاطفة لدى المتعلمين وحملة الشهادات الجامعية.

كما تخالف نتائج دراستنا دراسة خليفة (1987) حيث أنه مع ارتفاع مستوى التعليم يزداد وعي الفرد وتتسع معلوماته عن مفهوم المرض النفسي ، كما تخالف دراسـة الطراونـة وآخـرون (2001) والتي تبين وجود أثر لمتغير المستوى التعليمي لصالح درجات المتوسطات العليا لأفراد عينة ذوي المرضى، ويمكن تفسير هذا الاختلاف أن تلك الدراسات قامـت لقيـاس المـستوى التعليمي للأفراد ومقارنته باتجاهاتهم نحو المرض النفسي .أما نحن في هذه الدراسة فقـد قمنـا بقياس المستوى التعليمي للمرضى ومقارنته بالاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي،كما أن الإحساس بالاتجاهات الوالدية لدى مريض الفصام يعتمد على قـدرات المـريض الحـسية والإدراكية التي لا تتأثر بمستوى التعليم وتعتمد على النضج والخبرة والممارسـة أكثـر مـن المخزون العلمي والثقافي.

الفرض التاسع:لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ في الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي ما بين الآباء والأمهات من وجهة نظر الأبناء.

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار t للفرق بين متوسط عينتين مستقلتين والنتـائج مبينة في جدول رقم (21) والتي تبين أن قيمة مستوى الدلالة لمجال " التساهل" اكبر مـن 0.05 مما يعنى عدم وجود فروق ذات دلاله إحصائية ما بين الآباء والأمهات من وجهة نظر الأبنـاء في الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي.

أما في بقية المجالات فكانت قيمة مستوى الدلالة لكل منها اقل مـن 0.05 كمـا أن قيمـة t المحسوبة لتلك المجالات اكبر من قيمة t الجدولية والتي تساوي 2.02 مما يعني وجود فـروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ في تلك المجالات لدى مرضى الفصام العقلي ما بين الآباء والأمهات من وجهة نظر الأبناء. وبصفة عامة يتبين أن قيمة مـستوى المعنويـة لجميع المجالات مجتمعة تساوي 0.073 وهي اكبر من 0.05 ، كما أن قيمة t المحسوبة لجميع المجالات تساوي 1.843 وهي اكبر من قيمة t الجدولية والتي تساوي 1.99 مما يعني قبـول

الفرضية أي لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى دلالـة $\alpha=0.05$ فـي الاتجاهـات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي ما بين الآباء والأمهات من وجهة نظر الأبناء.

جدول رقم (21)

اختبار t للفروق بين متوسط آراء الآباء والأمهات حول الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي

المجال	النوع	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمةt	مستوى الدلالة
التقبل	الآباء	40	2.07	0.516	-4.893	0.000
	الأمهات	40	2.47	0.379		
الرفض	الآباء	40	2.04	0.478	3.799	0.000
	الأمهات	40	1.73	0.528		
عدم الاتساق	الآباء	40	2.10	0.435	2.624	0.012
	الأمهات	40	1.85	0.621		
التساهل	الآباء	40	1.87	0.462	-0.633	0.530
	الأمهات	40	1.90	0.421		
التشديد	الآباء	40	1.78	0.410	-3.907	0.000
	الأمهات	40	2.03	0.303		
تلقين القلق الدائم	الآباء	40	2.40	0.403	3.749	0.001
	الأمهات	40	2.15	0.422		
انسحاب العلاقة	الآباء	40	2.50	0.425	5.024	0.000
	الأمهات	40	2.13	0.380		
جميع المجالات	الآباء	40	2.10	0.155	1.843	0.073
	الأمهات	40	2.05	0.174		

قيمة t الجدولية عند درجة حرية "78" ومستوى دلالة 0.05 تساوي 1.99

مناقشة الفرض التاسع:

عدم وجود فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى دلالـة $\alpha=0.05$ فـي الاتجاهـات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي ما بين الآباء والأمهات من وجهة نظر الأبناء يمكن تفـسيره على مدى ترابط وتماسك الأسرة الفلسطينية وتقارب وجهات النظر بين الوالـدين اتجـاه دعـم ورعاية المريض النفسي وتفهم طبيعة مرضه و أهمية العلاج .فالاتجاهات الوالدية داخل الأسرة الفلسطينية تكاد تكون متناسقة ومتوافقة ومتكاملة خصوصا إذا كانت العلاقة بين الوالدين تتـسم بالتفاهم والايجابية فالوالدين غالبا ما يتفقون على تكوين اتجاهات متشابهة نحو أبنائهم وغالبا ما

يكون التأثير في اتجاهات الوالدين متبادلة وناشئا عن صراع في الأدوار بين الوالـدين وينتهـي هذا الصراع بتغلب أحد الوالدين وسيطرته على الأخر في بعض صور العلاقات الوالدية فيكون الاتجاه موحدا وهو في الحقيقة يعبر عن الرأي السائد للأم أو الأب الذي يملك السطوة والقوة،أما في حالة وجود تفاهم بين الوالدين فمن الطبيعي أن يتفقا في الاتجاه نحو أبنهم المريض وبالتـالي فلا يشعر المريض في الحالتين بوجود فروق في الاتجاهات الوالدية.

مقترحات الدراسة

تبين من خلال الدراسة أنه يوجد العديد من المشكلات التي تتطلب المزيد من البحث والدراسة خاصة في المجتمع الفلسطيني منها:-

1- القيام بدراسات مستقبلية تهدف إلى فهم بناء الاتجاهات الوالدية نحو المرضى النفسيين والمرضى العقليين،وكيفية تغيير هذه الاتجاهات ليساعد الأهالي والمهنيين العاملين مع المرضى النفسيين.

2-القيام بدراسة السمات المميزة للمرضى النفسيين و كيفية التعامل معهم.

3- من الضروري وضع برامج تدريبية لطلاب الجامعات المتخصصين في علم النفس وعلم الاجتماع وجميع العاملين مع المرضى النفسيين وذلك بهدف مساعدتهم على فهم هذه الفئة من المرضى.

4- القيام بدراسات إكلينيكية لجميع المرضى النفسيين للتعرف على كيفية فهمهم للمجتمع والتعامل والاندماج فيه.

5- عمل دراسات حول تأثير الأسرة في تجنب وقوع أبنائهم في المرض النفسي.

التوصيات

بعد أن أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق في الاتجاهـات الوالديـة وبـين الأسـوياء ومرضى الفصام العقلي ،وعدم وجود فروق في الاتجاهات الوالديـة تعـزى لبـاقي متغيـرات الدراسة.

*يوصي الباحث بالاهتمام بهذه الشريحة من المرضى وتقديم الدعم النفسي اللازم لهم وذلك من خلال عمل برامج تهتم بهم وتعمل على إعادة دمجهم في المجتمع من جديد..

*عمل ندوات ودورات تعليمية لأهالي المرضى من أجل معرفة كيفيـة التعامـل مـع أبنـائهم المرضى.

* استدراك الآثار السلبية لبعض أساليب المعاملة والتي قد تؤثر في شخصية الأبناء وفي سلوكهم واستبعادها.

تعقيب عام على نتائج الدراسة

من الواضح من خلال استعراضنا لنتائج الدراسة أن الفروقات في الاتجاهات الوالديـة تكون واضحة بين عينة المرضى وعينة الأسوياء لأن المرضى ينظرون إلى اتجاهات والـديهم من منظور مرضى معتمدين على عالم الخيال من هلاوس واعتقـادات خاطئـة فـي تفـسير الاتجاهات الوالدية وهذا لا يعني ضعف قدراتهم الإدراكية في حـين يعتمـد الأسـوياء علـى الاستقراء السليم للواقع وفهم دلائل الاتصال اللفظي والغير لفظي وترجمة المشاعر الوالدية لفهم الاتجاهات الوالدية،لذلك كانت الفروقات في عينة المرضى قليلة وغير دالة إحـصائيا بالنـسبة لباقي المتغيرات لأن المريض الفصامي في مختلف الظروف يتأثر بالحالة المرضية قي إدراكـه للمعاملة الوالدية فالمريض الفصامي سواء كان صغيرا أم كبيـرا فـي الـسن،متعلما أو غيـر متعلم،يسكن في قرية أو مخيم أو مدينة سواء كان ذكرا أم أنثى فإنه إذا سيطرت عليه ضـلالات الاضطهاد ففي كل تلك الحالات سوف يكون مفهوما سلبيا حول المعاملات الوالدية وسوف يشعر أن هذه المعاملة تتسم بالقسوة والاضطهاد ومحاولة إلحاق الأذى ومن الملاحـظ أن الاتجاهـات الوالدية نحو مرضى الفصام تكون ايجابية في الأسابيع الأولى للمرض حيث أن زيـارة الأهـل للمريض متكررة ويصاحبها تقديم ما يلزم من حاجيات المريض،أما حينما يصبح المرض مزمنا وييأس الأهل من الشفاء التام تبدأ هذه الاتجاهات في الانحدار تـدريجيا نحـو حالـة الإهمـال واللامبالاة وهي ما يراها المريض على أنها اتجاهات سلبية فمثلا لدينا مـريض مـن مجتمـع الدراسة كان أهله يتركونه في المستشفى لعدة شهور حتى أنهم يرفضون استقباله في البيت بعـد أن يقرر الفريق المعالج تحسنه وأهليته للخروج من المستشفى.وحينما يزورونه يرفض المريض استقبالهم بسبب إحساسه بسلبيه المعاملة الوالدية اتجاههم ويرفض أخذ الحاجيات التي يحضرونها معهم كما أنه في بعض الأحيان يخشى هؤلاء الأهل من مواجهة المريض ويعطون الحاجيـات للممرضين أو العاملين داخل القسم لتوصيلها للمريض بدون أن يحاولوا رؤيته وهذا يمثـل ذروة الانهيار في الثقة والعلاقة بين الوالدين والمريض.

حيث كانت نتائج الدراسة الحالية تتفق مع دراسة بركات وحسن(2006) والتي لم تجد فروقا في اتجاهات الطلاب نحو المرض النفسي والعلاج النفسي بالنسبة لمتغير السكن .

وهناك دراسات محلية أجريت على العاملين في مجال الرعاية الأوليـة مثـل دراسـة عفانـة (2000) في فلسطين والتي أظهرت نتائجها وجود بعض الاتجاهات السلبية لدى كبار السن ولكن وجود اتجاهات إيجابية لدى صغار السن من المهنيين العاملين في المجال الصحي .

كما اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة زقوت (2001) والتي بينت عدم وجود فـروق في مستوى الاتجاه نحو المرض النفسي ترجع إلى عاملي التعليم والعمر الزمني لدى أفراد العينة

.وهذا يخالف العديد من الدراسات مثل دراسة قوته(2000) والتـي أكـدت وجـود اتجاهـات معاصرة وعاطفية لدى المتعلمين،كما تخالف نتائج الدراسة الحالية دراسة خليفة (1987) أنه مع ارتفاع مستوى التعليم يزداد وعي الفرد وتتسع معلوماته عن المرض النفسي،كما تخالف دراسة الطراونة وآخرون (2001) والتي تبين وجود أثر دال لمتغير المستوى التعليمي لصالح درجات المتوسطات العليا لأفراد عينة ذوي المرضى ويرجع تفسير هذا الاختلاف أن تلـك الدراسـات قامت لقياس المستوى التعليمي للأفراد ومقارنته باتجاهاتهم نحو المرض النفسي

أما نحن في الدراسة الحالية فقد قمت بقياس بعض المتغيرات ومقارنها بالاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي .

القسم الثاني :- الاتجاهات الوالدية وعلاقتها بالمرض النفسي ومرض الفصام العقلـي حيـث لا يوجد دراسات عديدة تناولت الاتجاهات الوالدية نحو مرض الفصام العقلي بشكل مباشر ولكـن توجد دراسات تناولت الاتجاهات الوالدية وعلاقتها ببعض الاضـطرابات وبعـض المتغيـرات الأخرى وكانت عينة تلك الدراسات مكونة من مرضى الفصام العقلي ،أباء وأمهـات مـن ذوي مرضى الفصام العقلي ومن السكان المحليين ،ومن طلاب الجامعات ،ومع أشخاص يقطنون مع مرضى نفسيين ،ومن أشخاص يسكنون بيوت إيواء ، وأطباء أجانب . وتتفـق نتـائج دراسـتنا الحالية مع دراسة السلمي وآخرون (2002) والتي أكد فيها عدم وجود علاقة بـين الاتجاهـات والمرض النفسي والحالة الاجتماعية. وتخالف نتائج الدراسة الحاليـة دراسـة الـدليم (2005) بالنسبة للمرضى المنومين والمراجعين في العيادة الخارجية وقد يرجع ذلك الاختلاف مع نتـائج الدراسة الحالية لعدم استخدام مقياس البعدين في المقياس المطبق في هذه الدراسة.

أولا : المراجع العربية

*** القران الكريم .**
(سورة لقمان)

المراجع العربية

1. إبراهيم ،عبد الستار(1983):"**العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان**" ،القاهرة :مكتبة مدبولي.

2. إبراهيم،عبد الستار(1988):"**علم النفس الإكلينيكي مناهج التـشخيص والعـلاج النفـسي**" ،السعودية: دار المريح للنشر.

3. إبراهيم ،عبد الستار و عسكر ، عبد ا (1999):" **علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطـب النفسي**" ط2،القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

4- ابن منظور(1970):"**لسان العرب** "خياط،يوسف و مرعشلي،نديم،بيروت:دار لسان العـرب مج1و2 516-518.

5-أبوهين،فضل والسراج،إياد(1992):**دراسة مسحية للأمراض النفسية في قطاع غزة**.دراسـة غيرمنشورة ،مركز الأبحاث،برنامج غزة للصحة النفسية،فلسطين،ص ص 1-12 .

6.أبو حويج،مروان و الصفدي عصام(2001):"**المدخل إلى الصحة النفـسية**"،ط1،عمـان:دار المسيرة للنشر والتوزيع.

7.أبو ناهية،صلاح الدين(1989):"**الاتجاهات الوالدية وعلاقتها بمستوى الطموح الأكاديمي لدى الأبناء في الأسرة الفلسطينية بقطاع غزة**"،مجلة دراسـات تربوية،المجلـد(4)،العـدد(19)ص ص56-82.

8. أحمد ،سهير كامل(2001) :" **علم النفس الاجتماعي بين التنظير والتطبيق**"،الإسـكندرية : مركز الإسكندرية للكتاب .

9. أسعد،وجيه(2001):"**المعجم الموسوعي في علم النفس**" الجزء الخامس، سوريا: منشورات وزارة الثقافة.

10. الأشول ،عادل عز الدين (1985): "**علم النفس الاجتماعي مع الإشارة إلـى مـساهمات علماء الإسلام " ،** القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

11.الأشول ، عادل عز الدين (1999) :"**علم النفس الاجتماعي مع الإشارة إلـى مـساهمات علماء الإسلام** "، النسخة الأخيرة ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

12.الأغا،إحسان (1996):"**البحث التربوي..عناصره ، مناهجه**" ، أدواته ،ط2،غـزة:مطبعـة مقداد .

13.البستاني،عبدا (1980):**الوافي"معجم وسيط**"،ط1،بيروت:مكتبة لبنان.

14. الجبالي ،حسني(2003): "**علم النفس الاجتماعي بين النظرية والتطبيق**" ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

15. الداهري،صالح حسن أحمد(2008): "**أساسيات التوافق النفسي والاضطرابات الـسلوكية والانفعالية** "،ط1،عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

16.الدراويش، حسين(2004):"**من الطب النفسي عند المـسلمين**"، هـدى الإسـلام ،ع5،م45 القدس.

17. الدليم، فهد بن عبد ا (2005):" **المهارات الاجتماعيـة لـدى الفـصاميين المـراجعين والمنومين**"، دراسات عربية في علم النفس،1،4: 11-50.

18. الرخاوي،يحيى(1979): "**دراسة في علم الـسيكوباثولوجي**"،القاهرة،مـصر:دار المقطـم للصحة النفسية المكتبة العلمية.

19. الزعبي،أحمد محمد(2001):" **أسس علم النفس الاجتماعي**"،عمـان(الأردن):دار زهـران للنشر والتوزيع.

20. السيد،فؤاد و عبدالرحمن،سعد(1999): "**علم النفس الاجتماعي رؤية معاصرة** "،الطبعـة الأولى.القاهرة:دار الفكر العربي.

21. الشخص،عبد العزيز السيد (2001): "**علم النفس الاجتماعي** "، الطبعة الأولى ،القـاهرة : دار القاهرة للكتاب.

22.الطراونة ،حسين،و آخرون (2001):" **الاتجاهات نحو المرض النفسي وعلاقتهـا بـبعض المتغيرات**" ، مجلة العلوم التربوية ،المجلد (28)،العدد 2، ص ص402 -422.

23. العيسوي، عبد الرحمن (1995) :" **علم النفس الطبي**" ، جمهورية مصر العربية:منـشأة المعارف.

24. الفائدي ، محجوب عطية (1992) :" **مبادئ علم الاجتماع والمجتمع الريفي**" ،منـشورات :جامعة عمر المختار البيضاء.

25. المعايطة ، خليل عبد الرحمن (2000):" **علم النفس الاجتماعي**" ، الطبعة الأولى ، عمان : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

26. "**المنجد في اللغة والإعلام**"(1998):بيروت،لبنان:منشورات دار المشرق.

27. النيال،مايسة أحمد(2002):"**التنشئة الاجتماعية مبحث في علم النفس الاجتماعي**"،الطبعة الأولى،السويس : دار المعرفة الجامعية.

28. بركات ،زياد ،حسن،كفاح (2006) :" **الاتجاه نحو المرض النفسي وعلاجه (لدى عينـة من الطلاب الجامعيين في شمال فلسطين**)"،مجلة شبكة العلوم النفسية العربيـة: العـدد 9 ،ص ص 36-48.

29. بن نافع ، سعيد بن على (1995):" **الاتجاهات النفسية للمدراء والمدرسـين والمرشـدين الطلابيين نحو التوجيه والإرشاد الطلابي في مدارس العام بالمملكة العربية السعودية**"، مجلـة دراسات تربوية ، المجلد (10)،العدد 79 ص ص 252-295.

30. جلال، سعد(1984) :" **علم النفس الاجتمـاعي**".ط2، جمهوريـة مـصر العربيـة :دار المعارف بالإسكندرية.

31. جلال،سعد(1986):"**في الـصحة العقليـة"الأمـراض النفـسية والعقليـة والانحرافـات السلوكية**"،القاهرة:دار الفكر العربي.

32. حافظ،نبيل عبد الفتاح وآخرون(2000):"**علم النفس الاجتمـاعي**" ،ط1،القـاهرة: مكتبـة زهراء الشرق.

33. حامد،حلمي أحمد(1991):"**مبادئ الطب النفسي**" .ط1،بيروت،لبنـان:دار صـفاء للنـشر والتوزيع.

34. خليفة ،عبد اللطيف (1987): "**المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفـسي**" ، مجلة علـم النفس ، (1)، ص ص 95-96.

35. خليفة ،عبد اللطيف (1998) :"**المعتقدات والاتجاهات نحو المـرض النفـسي وعلاقتهـا بمركز التحكم**".في: عبد اللطيف خليفة (محرر): دراسات في علم النفس الاجتمـاعي ،المجلـد الأول ، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع ، ص ص 12-43.

36. خليفة ،عبد اللطيف (1989) : "**المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي**" لدى عينة من طلبة وطالبات المرحلة الثانوية (دراسة وصفية مقارنة). مجلـة علـم الـنفس، (30)،ص ص 103-117.

37. داود،عزيز حنا و آخرون(1992):"**الشخصية بين السواء والمرض**"، جمهوريـة مـصر العربية: مكتبة الأنجلو المصرية.

38. درويش،زين العابدين(2005):"**علم النفس الاجتماعي أسسه وتطبيقاته**"،القاهرة:دار الفكر العربي.

39. رشوان،حسين عبـد الحميـد(2005):"**علـم الاجتمـاع النفـسي المجتمـع-الثقافـة-الشخصية**"،ط1،الإسكندرية : مؤسسة شباب الجامعة.

40. رضوان،سامر جميل(2002):**الصحة النفسية**،ط2،عمان:دار المـسيرة للنـشر والتوزيـع والطباعة.

41.رضوان،شفيق(1996):" **علم النفس الاجتماعي**" ،بيروت ، لبنـان : المؤسـسة الجامعيـة للدراسات والنشر والتوزيع.

42. زقوت،سمير محمد ربيع(2001):"**الاتجاه نحو المرض النفـسي لـدى المتـرددين علـى المعالجين النفـسيين والتقليـديين وعلاقتـه بـبعض المتغيـرات**"،رسـالة ماجـستير غيـر منشورة،الجامعة الإسلامية،غزة،فلسطين.

43.زهران،حامد عبد السلام(1977):"**علم النفس الاجتماعي**"،ط4،القاهرة:مكتبة عالم الكتب.

44. زهران،حامـــد عبـــد الـــسلام(1978):"**الـــصحة النفـــسية والعـــلاج النفـــسي**" ،ط2،مصر،القاهرة:مكتبة عالم الكتب.

45. زهران،حامـــد عبـــد الـــسلام(1997):"**الـــصحة النفـــسية والعـــلاج النفـــسي**" ،ط3،مصر،القاهرة:مكتبة عالم الكتب.

46.زهران،حامد عبد السلام(2000):"**علم النفس الاجتماعي**"،ط6،القاهرة:مكتبة عالم الكتب.

47.ســمور،عايش (2006):"**الاضــطرابات النفــسية والذهانيــة**" (التــشخيص والعــلاج)، فلسطين:دار المقداد للنشر.

48. ســيد،محمد عبــد العظــيم و المغيــري، فــدوى بــشير(2005):"**علــم الــنفس المرضي**"،القاهرة:مصر.

49. شقير،زينب محمود(2001) :" **الباثولوجيا الاجتماعية والمشكلات المعاصرة**"،ط1 ،القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

50. عبد الرحمن، محمد (1998):"**دراسات في الصحة النفسية**"،العاشر من رمضان:دار قباء للطباعة والنشر.

51. عبد الرحمن،محمد السيد(2000):"**علم الأمراض النفسية والعقلية"(الأسباب-الأعراض-التشخيص-العلاج)**،القاهرة:دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

52. عبد الغفار،محمد عبد القادر وإسماعيل، نبيه إبراهيم(1983)**:"مجلة كلية التربية بالمنصورة**"،ع5،الجزء الثالث:ص ص35-64.

53. عبد ا ، مجدي أحمد محمد (2000):"**علم النفس المرضي دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب"،** جمهورية مصر العربية:دار المعرفة الجامعية.

54. عبد ا ،معتز سيد و خليفة ،عبد اللطيف محمد(1996):"**علم النفس الاجتماعي**"، القاهرة:دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

55. عبد ا ، مجدي أحمد (1996):"**السلوك الاجتماعي و ديناميانه محاولة تفسيرية**"، جمهورية مصر العربية:دار المعرفة الجامعية.

56. عبد المعطي،حسن مصطفى(1998):"**موسوعة علم النفس العيادي**"(1)علم النفس الإكلينيكي،القاهرة،مصر: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

57. عكاشة، أحمد (1998):"**الطب النفسي المعاصر**"،طبعة منقحة، جمهورية مصر العربية: مكتبة الأنجلو المصرية.

58. عكاشة، أحمد (1994):"**الطب النفسي المعاصر**"،ط5، جمهورية مصر العربية: مكتبة الأنجلو المصرية.

59. عكاشة ،أحمد(2003):"**الطب النفسي المعاصر**".طبعة مزيدة منقحة ،مكتبة الأنجلو المصرية القاهرة.

60.عكاشة،محمود و زكي،محمد شـفيق(2002):"**مـدخل إلـى علـم الـنفس الاجتمـاعي**" ، الإسكندرية،مصر :المكتب الجامعي الحديث.

61. عوض ،عباس محمود(1985) :"**علم النفس الاجتمـاعي**" ، الإسـكندرية : دار المعرفـة الجامعية.

62. عوض،عباس محمود(2002):"**علم النفس الإكلينيكي النظرية والعلاج**"، جمهورية مـصر العربية:دار المعرفة الجامعية.

63. عيسوي ،عبد الرحمن (1990) : "**دراسات في علم النفس الاجتماعي**" ، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية.

64. عيسوي ،عبد الرحمن (1974):" **دراسات في علم الـنفس الاجتمـاعي** "، بيـروت : دار النهضة العربية.

65. فرج،صفوت(2000):"**مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين**" ،القاهرة:مكتبة الأنجلـو المصرية.

66. فهمي،مصطفى(1967):"**علم النفس الإكلينيكي**"،القاهرة:دار مصر للطباعة.

67. قوته،سمير و تمراز ،نداء(2000):"**اتجاهات المجتمع الفلسطيني بقطاع غزة نحو الصحة النفسية وبرنامج غزة للصحة النفسية**" ،دراسة غير منـشورة،مركز الأبحاث،برنـامج غـزة للصحة النفسية،فلسطين،ص ص 1-10.

68.محمد،محمد جاسم(2004):"**علم النفس الإكلينيكي**"،عمان،الأردن:مكتبة دار الثقافـة للنـشر والتوزيع.

69. محمد،محمد عودة و مرسي كمال إبراهيم(1986):"**الصحة النفسية في ضوء علم الـنفس والإسلام**"،الكويت:دار القلم للنشر والتوزيع.

70. مخيمر،صلاح و رزق عبده ميخائيل (1968):"**المدخل إلى علم النفس الاجتمـاعي**" ،ط2، جمهورية مصر العربية: مكتبة الأنجلو المصرية.

71. مرعي،توفيق وبلقيس،أحمد(1984):"**الميسر في علم النفس الاجتمـاعي**"،ط2،عمـان،دار الفرقان للنشر والتوزيع.

72. موسى ،رشاد (1994):"**اتجاه عينة مـن طلبـة وطالبـات الجامعـة ذوي التخصـصات الأكاديمية المختلفة نحو فئات من العاملين في مجال الأمراض النفسية والعقلية**" .مجلة التقويم والقياس التربوي ،(4) ،ص ص 330-354.

73. موسى،رشاد عبد العزيز و عطية عز الدين جميل(2001):" **مبادئ علم النفس الاجتماعي**" ،القاهرة :دار النهضة العربية.

74. وهبة، مروان (1979):"**المعجم الفلسفي**"،ط30القاهرة :دار الثقافة الجديدة.

75. وحيد ، أحمد عبد اللطيف (2001):"**علم النفس الاجتماعي** "،ط1 ،عمـان : دار المـسيرة للنشر و التوزيع والطباعة.

ثانيا: المراجع باللغة الأجنبية

Afana,A.et.al.(2000).**The Attitudes of Palestinian primary Health Care professionals in Gaza Strip Towards Mental Illness**. Egyptian Journal of Psychiatry,1(23),pp 101-111.

*AL salmi, et ,al(2002).**Perception of and attitude towards mental illness in Oman**. International Journal of Social. Psychiatry,vol48(4)pp305-170.

*Caron ,Jean ,et ,el.(2001).**Schizophrenia :Peoples in Quebec** ,Canadian Medical Association ,164(9),pp1299-1300 .

*Chang, LY-Yun.et.el .(2005**).Community Attitudes Towards the Mentally Iii :The Results of a National Survey of the Taiwanese Population** .International Journal of Social Psychiatry,vol.51,No.2.pp162-176.

*Gordon , Phyllisa.(2004).**Attitudes regarding interpersonal relationships With Persons with mental illness & retardation** .Journal of Rehabilitation.pp1-10.

* Holden ,John.(1996).**The Attitude of General Practitioners in North West England to Patients With Schizophrenia**. Irish Journal of Psychological Medicine ,13(12),pp 73-80.

* Kabir, Mohammed. et. al (2004).**Perception and belives about mental illness among adults in Karfi village, northen Nigeria**. BMC International Health and Human Rights, p p 1-15 .

* Qouta, Samir.(2000):**Trauma, Violence And Mental Health The Palestinian Experience**, unpublished Ph.D dissertation, University of Amsterdam , Holland,pp44-43 .

* Stevens, Scott.(2004).**Stigma: The feelings and experiences of 46people with mental illness** . The British Journal OF PSYCHATRY (184),P P 167-181 .

*Steinkopff (1996).**The effect 0f personal expressional experience with mental illness on the attitude towards individuals suffering from mental disorders** . Journal of Social psychiatry & psychiatric epidemiology,vo131(6)pp321-326.

*Vimala ,D.(2003).**Astudy to assess the knowledge ,Attitude &practices of family members of Clients with mental Illness**, Nursing Journal of India,pp1-3 .

* Dietrich,s, Angermeyer.(2006).**Public beliefs about and Attitudes towards people with mental illness are view of population studies**.Acta Psychiatrica Scandinavica p p 163-179.

*Donnelly,Paja Lee.(2005).**Mental Health Beliefs and Help Seeking Behaviors of Korean American Parents of Adult Children with Schizophrenia** .Journal of Multicultural Nursing &Health, 11,2.pp23-32.

*Lasebikan ,o ,victor et.al .(2005). **Community study of knowledge of and attitude to illness in Nigeria** . British Journal of Psychiatry.v186.pp436-441.

*Wolff ,et ,al (1996). **Community knowledge of Mental illness & reaction mentally ill people**, The British Journal Of Psychiatry. V168pp191-198.

WWW.://de. geocities.com/psychoarab/Einstellung ,ACC,ESS,ED,.6/6/2007.

ثالثا:الملاحق

بسم الله الرحمن الرحيم

الأخ الكريم / الأخت الكريمة

تحتوي هذه الاستبانة على مجموعة من الأسئلة وتهدف إلى الحصول على مزيد من المعلومات حـول الخبرات المختلفة للأفراد في أسرهم، والمطلوب منك الإجابة على الأسئلة المقدمة لك من واقـع خبرتـك بمعاملة والديك منذ طفولتك حتى الآن . أقرأ كل عبارة ثم حدد درجة انطباقها على طريقة معاملة والـدك لك ثم درجة انطباقها على طريقة معاملة والدتك لك منذ طفولتك حتى الآن.

- فإذا كنت ترى أن العبارة تنطبق تماما على طريقة معاملة والدك لك فضع علامة(×) أمام نعم.
- وإذا كنت ترى أن العبارة تنطبق إلى حد ما على معاملته لك فضع علامة(×) أمام إلى حد ما.
- وإذا كنت ترى أن العبارة لا تنطبق إلى حد ما على معاملته لك فضع علامة(×) أمام لا.

وبنفس الطريقة سجل إجابتك عن رأيك في طريقة معاملة والدتك لك تحت العمود الخاص بالأم ..

تأكد أنك تسجل اختيارك في المكان الصحيح على ورقة الإجابة علامة (×) أمام رقم السؤال الذي تقرأ.

العمر:

أقل من 18 سنة ☐ من 18-25 سنة ☐ من 25-45 سنة ☐ اكثر من 45 سنة ☐

الجنس: ذكر ☐ أنثي ☐

العنوان: مخيم ☐ قرية ☐ مدينة ☐ إسكان جديد ☐

المواطنة: مواطن ☐ لاجئ ☐

المستوي التعليمي:

اقل من ابتدائي ☐ ابتدائي ☐ إعدادي ☐ ثانوي ☐ جامعي وما فوق ☐

الحالة الاجتماعية: اعزب ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ أرمل ☐

نزيل في المستشفي ☐ مراجع بالعيادة الخارجية ☐

ملحق رقم(1)

الرقم	بنود الاختبار	الـــرأي فـــي معاملة الأب			الرأي في معاملة الأم		
		نعم	إلـــى حـــد ما	لا	نعم	إلى حـــد ما	لا
1	يجعلني أشعر بالراحة بعد أن أتكلم معه عن همومي .						
2	ليس صبورا معي (باله ليس طويلا جدا معي) .						
3	ينسى بسرعة بعض أوامره أو تعليماته التي كان قد أصدرها.						
4	يهتم بمحاسني أكثر مما يهتم بأخطائي .						
5	لا يحاول في كثير من الأحيان اكتشاف أخطائي .						
6	متساهل معي .						
7	يقلق على مستقبلي لأنه يبالغ في الاهتمام بأخطائي .						
8	يعتقد أن أفكاري غير مجدية .						
9	يقاطعني ولا يتكلم معي عندما أضايقه .						
10	يتحدث معي دائما بصوت دافئ .						
11	يجعلني أشعر أنه يفهم مشكلاتي وهمومي .						
12	يعتبرني مشكلة كبيرة .						
13	نادرا ما يساعدني عندما أحتاجه .						
14	يعاقبني أحيانا على عمل شئ ما ويتجاهله في اليوم التالي.						
15	لا يهتم كثيرا بأخطائي .						
16	يصفح عني بسهوله عندما أرتكب خطأ .						
17	لا يثق في لفترة طويلة إذا حدث أن أخلفت وعدا .						
18	يبعد عني أحيانا عندما لا يوافقني على أمر ما.						
19	يستمتع بالحديث معي عن الأشياء والأحداث الجارية .						
20	يجعلني أشعر أنه يتمنى لو لم يكن لديه أطفال .						
21	يستمتع بالخروج معي في الزيارات أو الرحلات .						
22	ينسى إحضار أو شراء ما احتاج إليه .						
23	يسمح لي أحيانا بعمل أشياء كان يعتبرها يوما ما خاطئة .						

24	لا يطالبني كثيراً بعمل واجبي المنزلي							
25	لا يرفض لي أي طلب .							
26	يقول اننى سأعاقب يوماً ما على سلوكي السيئ .							
27	عندما أعمل شيئا ما يسئ إليه ويكلمني بصوت جاف .							
28	يبتسم لي معظم الوقت .							
29	يواسيني ويجعلني أشعر بالراحة عندما أكون قلقا أو حزينا .							
30	يراقبني باستمرار ولا يغفر لي أي خطأ .							
31	يشكو دائما من كل أفعالي .							
32	يعتمد مسألة إجباري على إتباع أحد أوامره علـى مزاجـه إذا كان معتدل أو غير معتدل .							
33	لا يتحقق من أنني عملت الأشياء التي طلبها مني أم لا .							
34	يصفح عني بسهولة عندما أعمل شيئا ما خطأ							
35	كثيراً ما يذكرني بتصرفاتي الخاطئة حتى بعد مـرور وقـت طويل عليها .							
36	يصبح أقل مودة وصداقة معي عندما أخالفه في الرأي .							
37	يستمتع بعمل الأشياء معي .							
38	يستمتع بعمل أشياء كثيرة معي داخل البيت أو خارجه .							
39	يخالفني كثيراً ويغضب منى عندما أعمل شئ ما لا يحبه .							
40	ينفعل بسرعة شديدة في كثير من الأحيان عندما أضايقه .							
41	يلتزم بالنظم والقواعد عندما تناسبه فقط .							
42	قلما يطلب مني بإلحاح عمل أي شئ .							
43	يسمح لي بالسهر خارج البيت بعد إلحاح .							
44	يعتقد أنني سوف أندم مع مرور الأيام لأنني لم أكن ابنا صالحا كما يريد (أو يتوقع).							
45	يبتعد عني و يتجنبني تماما عندما أخيب ظنه في .							
46	يطمئني ويهدئ من روعي عندما أكون خائفا أو قلقا .							
47	لا يعمل معي .							
48	يواسيني ويدخل على نفس السرور عندما أكون حزينا .							
49	لا يحضر لي الأشياء التي احتاجها إلا بعد آلحاح شديد .							

50	كثيرا ما يغير النظم والقواعد التي يأمرني بأتباعها .						
51	لا يرغمني على التزام قواعد أو نظم محددة .						
52	لا يصر على أن أطيعه إذا أظهرت احتجاجا .						
53	يعتبر أي سلوك سيئ خطأ كبيراً وسيكون له نتائج بعيدة فـي المستقبل.						
54	يبتعد عني ولا يكلمني إذا أيدت وجهة نظر شخص آخر غيره أثناء نقاش بينهما.						
55	يستمتع بقضاء وقته معي في البيت .						
56	لا يعرف ما أحتاج إليه أو ما أريده .						
57	كان يحنو علي ويقبلني قبل النوم عندما كنت صغيرا .						
58	يعاملني كما لو كنت شخصا غريبا عنه .						
59	يصر على أن اتبع أمرا معينا في أحد الأيام، لكنه ينسي هـذا الأمر في اليوم التالي .						
60	لا يهتم كثيراً إذا لم أعمل أشياء كان قد كلفني بها .						
61	أستطيع أن أحدثه بطريقة غير مفهومة إذا كنت اشتكي له .						
62	يعتقد أننا سندفع أن عاجلا أو آجلا ثمن تصرفاتنا السيئة .						
63	إذا جرحت مشاعره يقاطعني ولا يتكلم معه حتي أعتذر له .						
64	يبدو فخورا بالأشياء التي أعملها .						
65	يطلب منى أخرج من البيت وأذهب بعيداً .						
66	يغير تعليماته وأوامره ليجعل الأشياء أسهل بالنسبة له .						
67	لا يعاقبني أحيانا علي أخطاء ارتكبتها معه .						
68	يجعلني أشعر أنني أستطيع التحدث معه في الأشياء التي تهمني						
69	يذكرني دائماً بأعمالي السيئة .						
70	عندما أضايقه يقاطعني تماما ولا يكلمني حتى أصلح خطئي .						
71	لا يحاول تغيير سلوكي بل يقبلني كما أنا .						
72	يجعلني أشعر أنني غير محبوب لديه .						

تحليل فقرات الدراسة

في اختبار الفرضيات تم استخدام اختبارt للعينـة الواحـدة (One Sample t test) لتحليل فقرات الاستبانة ، وتكون الفقرة ايجابية بمعنى أن أفراد العينة يوافقون على محتواها إذا كانت قيمة t المحسوبة اكبر من قيمة t الجدولية والتي تساوي 2.02 (أو مستوى المعنوية اقل من 0.05 والوزن النسبي اكبر من 66 %)، وتكون الفقرة سلبية بمعنـى أن أفـراد العينـة لا يوافقون على محتواها إذا كانت قيمة t المحسوبة أصغر من قيمة t الجدوليـة والتـي تـساوي -2.02 (أو مستوى المعنوية اقل من 0.05 والوزن النسبي اقل مـن 66 %)، وتكـون آراء العينة في الفقرة محايدة إذا كان مستوى المعنوية لها اكبر من 0.05

المجال الأول : **التقبل**

تم استخدام اختبار t للعينة الواحدة والنتائج مبينة في ملحق رقم (2) والذي يبـين آراء أفـراد العينة في الفقرات المتعلقة بالتقبل كما يعاملوهم والديهم كما يلي:

1- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يجعلني أشعر بالراحة بعد أن أتكلم معه عن همومي " 70.833 % والوزن النسبي لمعاملة الأم 85.833%.

2- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يهتم بمحاسني أكثـر مما يهتم بأخطائي " 68.333%والوزن النسبي لمعاملة الأم 67.500%.

3- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يتحدث معـي دائمـا بصوت دافئ " 66.667%والوزن النسبي لمعاملة الأم 84.167%.

4- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يجعلني أشـعر أنـه يفهم مشكلاتي وهمومي " 68.333%والوزن النسبي لمعاملة الأم 84.167%.

5- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يـستمتع بالحـديث معي عن الأشياء والأحـداث الجاريـة " 68.333%والـوزن النـسبي لمعاملـة الأم 83.333%.

6- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يستمتع بـالخروج معـي فـي الزيـارات أو الـرحلات " 69.167% والـوزن النـسبي لمعاملـة الأم 83.333%.

7- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يبتسم لـي معظـم الوقت " 55.000%والوزن النسبي لمعاملة الأم 74.167% .

8- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يواسيني ويجعلني أشـعر بالراحة عندما أكون قلقا أو حزينا " 77.500% والوزن النسبي لمعاملة الأم 88.333%.

9- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يستمتع بعمل الأشياء معي " 69.167% والوزن النسبي لمعاملة الأم 87.500% .

10- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يستمتع بعمل أشياء كثيـرة معي داخل البيت أو خارجه " 66.667%والوزن النسبي لمعاملة الأم 77.500% .

11- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يطمئني ويهدئ من روعـي عندما أكون خائفا أو قلقا " 75.000%والوزن النسبي لمعاملة الأم 87.500%.

12- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة "يواسيني ويدخل على نفـسي السرور عندما كون حزينا " 80.000%والوزن النسبي لمعاملة الأم 89.167%.

13- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يستمتع بقضاء وقته معي في البيت " 74.167% والوزن النسبي لمعاملة الأم 87.500%.

14- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " كان يحنو علي ويقبلني قبل النوم عندما كنت صغيرا " 65.833%والوزن النسبي لمعاملة الأم 85.000%.

15- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة "يبدو فخورا بالأشـياء التـي أعملها 74.167" % والوزن النسبي لمعاملة الأم 91.667%.

16- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة "لا يحاول تغيير سلوكي بـل يقبلني كما أنا " 55.000%والوزن النسبي لمعاملة الأم 59.167%.

وبصفة عامة يتبين أن المتوسط الحسابي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب فـي جميـع فقـرات المجال الأول " 2.07 " و الوزن النسبي يساوي " 69.10%" ، كما بلغ المتوسط الحـسابي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأم في جميع فقرات المجال الأول " 2.47 " و الـوزن النـسبي يساوي "82.24 %" ويتبين أن معاملة الأم كانت أفضل من معاملة الأب في مجال التقبل

ملحق رقم (2)

المجال الأول(التقبل)

الفقرة	محتوى الفقرة	الآباء				الأمهات			
		الوسط الحسابي	الوزن النسبي	قيمة t	مستوى الدلالة	الوسط الحسابي	الوزن النسبي	قيمة t	مستوى الدلالة
1	يجعلني أشعر بالراحة بعد أن أتكلم معه عن همومي	2.13	70.833	1.000	0.323	2.58	85.833	6.119	0.000
4	يهتم بمحاسني أكثر مما يهتم بأخطائي	2.05	68.333	0.374	0.711	2.03	67.500	0.227	0.822
10	يتحدث معي دائما بصوت دافئ .	2.00	66.667	0.000	1.000	2.53	84.167	5.188	0.000
11	يجعلني أشعر أنه يفهم مشكلاتي وهمومي	2.05	68.333	0.374	0.711	2.53	84.167	5.188	0.000
19	يستمتع بالحديث معي عن الأشياء والأحداث الجارية	2.05	68.333	0.388	0.700	2.50	83.333	4.937	0.000
21	يستمتع بالخروج معي فى الزيارات او الرحلات	2.08	69.167	0.595	0.555	2.50	83.333	4.210	0.000
28	يبتسم لي معظم الوقت .	1.65	55.000	-3.163	0.003	2.23	74.167	2.467	0.018
29	يواسيني ويجعلني أشعر بالراحة عندما أكون قلقا أو حزينا .	2.33	77.500	2.962	0.005	2.65	88.333	6.607	0.000
37	يستمتع بعمل الأشياء معي	2.08	69.167	0.621	0.538	2.63	87.500	6.750	0.000
38	يستمتع بعمل أشياء كثيرة معي داخل البيت أو خارجه	2.00	66.667	0.000	1.000	2.33	77.500	2.816	0.008
46	يطمئني ويهدئ من	2.25	75.000	2.236	0.031	2.63	87.500	6.296	0.000

	روعي عندما أكون خائفا أو قلقا								
48	يواسيني ويدخل على نفس السرو عندما أكون حزينا	2.40	80.000	3.766	0.001	2.68	89.167	6.936	0.000
55	يستمتع بقضاء وقته معي في البيت	2.23	74.167	1.778	0.083	2.63	87.500	6.296	0.000
57	كان يحنو علي ويقبلني قبل النوم عندما كنت صغيرا	1.98	65.833	-0.190	0.850	2.55	85.000	4.870	0.000
64	يبدو فخورا بالأشياء التي أعملها	2.23	74.167	2.296	0.027	2.75	91.667	8.735	0.000
71	لا يحاول تغيير سلوكي بل يقبلني كما أنا	1.65	55.000	-2.563	0.014	1.78	59.167	-1.651	0.107
الجميع		2.07	69.010	0.861	0.394	2.47	82.240	7.797	0.000

قيمة t الجدولية عند درجة حرية "39" ومستوى دلالة 0.05 تساوي 2.02

تحليل فقرات المجال الثاني : **الرفض**

تم استخدام اختبار t للعينة الواحدة والنتائج مبينة في ملحق رقم (3) والذي يبين آراء أفراد العينة في الفقرات المتعلقة بالتقبل كما يعاملوهم والديهم كما يلي:

1- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " ليس صبورا معي (باله ليس طويلا جدا معي)" 73.33% والوزن النسبي لمعاملة الأم 57.50%.

2- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يعتقد أن أفكاري غير مجدية " 73.33% والوزن النسبي لمعاملة الأم 60.00%.

3- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يعتبرني مشكلة كبيرة " 52.50% والوزن النسبي لمعاملة الأم 44.16%.

4- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " نادرا ما يساعدني عندما أحتاجه " 67.50% والوزن النسبي لمعاملة الأم 55.00%.

5- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يجعلني أشعر أنه يتمني لو لم يكن لديه أطفال " 65.83% والوزن النسبي لمعاملة الأم 53.33%.

6-بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " ينسى إحضار أو شـراء مـا احتاج إليه " 70.00% والوزن النسبي لمعاملة الأم 68.33%.

7- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يراقبني باستمرار ولا يغفـر لي أي خطأ " 62.50% والوزن النسبي لمعاملة الأم 65.83%.

8- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يشكو دائما من كل أفعـالي " 65.83% والوزن النسبي لمعاملة الأم 57.50%.

9- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يخالفني كثيراً ويغضب منـى عندما أعمل شئ ما لا يحبه " 85.00% والوزن النسبي لمعاملة الأم 73.33%.

10- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " ينفعل بسرعة شـديدة فـي كثير من الأحيان عندما أضايقه " 89.16% والوزن النسبي لمعاملة الأم 76.66%.

11- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " لا يعمل معي " 60.00% والوزن النسبي لمعاملة الأم 56.66%.

12- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " لا يحضر لي الأشياء التي احتاجها إلا بعد آلحاح شديد " 77.50% والوزن النسبي لمعاملة الأم 64.16%.

13- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " لا يعرف ما أحتاج إليـه أو ما أريده " 72.50% والوزن النسبي لمعاملة الأم 55.00%.

14- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يعاملني كما لو كنت شخصا غريبا عنه " 58.33% والوزن النسبي لمعاملة الأم 41.66%.

15- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يطلب منى أخرج من البيت وأذهب بعيداً " 53.33% والوزن النسبي لمعاملة الأم 40.00%.

16- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يجعلني أشعر أننـي غيـر محبوب لديه " 63.33% والوزن النسبي لمعاملة الأم 52.50%.

وبصفة عامة يتبين أن المتوسط الحسابي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب فـي جميـع فقـرات المجال الثاني (الرفض) " 2.04" و الوزن النسبي يساوي " 68.12%" ، كما بلغ المتوسـط الحسابي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأم في جميع فقرات المجال الثـاني (الـرفض) "1.73 " و الوزن النسبي يساوي " 57.60%" ويتبين أن معاملة الأب كانت أسوا من معاملة الأم فـي مجال الرفض

ملحق رقم (3)

المجال الثاني (الرفض)

الفقرة	محتوى الفقرة	الآباء				الأمهات			
		الوسط الحسابي	الوزن النسبي	قيمة t	مستوى الدلالة	الوسط الحسابي	الوزن النسبي	قيمة t	مستوى الدلالة
2	ليس صبورا معي (باله ليس طويلا جدا معي)	2.20	73.33	1.482	0.146	1.73	57.50	-2.131	0.039
8	يعتقد أن أفكاري غير مجدية	2.20	73.33	1.842	0.073	1.80	60.00	-1.749	0.088
12	يعتبرني مشكلة كبيرة	1.58	52.50	-3.597	0.001	1.33	44.16	-6.936	0.000
13	نادرا ما يساعدني عندما أحتاجه	2.03	67.50	0.190	0.850	1.65	55.00	-2.759	0.009
20	يجعلني أشعر أنه يتمنى لو لم يكن لديه أطفال	1.98	65.83	-0.183	0.855	1.60	53.33	-3.252	0.002
22	ينسى إحضار أو شراء ما احتاج إليه	2.10	70.00	0.726	0.472	2.05	68.33	0.100	0.921
30	يراقبني باستمرار ولا يغفر لي أي خطأ .	1.88	62.50	-1.044	0.303	1.98	65.83	-0.216	0.830
31	يشكو دائما من كل أفعالي .	1.98	65.83	-0.183	0.855	1.73	57.50	-2.131	0.039
39	يخالفني كثيراً ويغضب منى عندما أعمل شئ ما لا يحبه	2.55	85.00	5.135	0.000	2.20	73.33	1.749	0.088
40	ينفعل بسرعة شديدة في كثير من الأحيان عندما أضايقه	2.68	89.16	6.509	0.000	2.30	76.66	2.623	0.012
47	لا يعمل معي	1.80	60.00	-1.669	0.103	1.70	56.66	-2.399	0.021
49	لا يحضر لي الأشياء التي احتاجها إلا بعد آلحاح شديد	2.33	77.50	2.579	0.014	1.93	64.16	-0.572	0.570

56	لا يعرف ما أحتاج إليـه أو ما أريده	2.18	72.50	1.312	0.197	1.65	55.00	-2.876	0.006
58	يعاملني كما لـو كنـت شخصا غريبا عنه	1.75	58.33	-1.955	0.058	1.25	41.66	-8.062	0.000
65	يطلب مني أخرج مـن البيت وأذهب بعيداً	1.60	53.33	-3.252	0.002	1.20	40.00	-8.973	0.000
72	يجعلني أشعر أنني غير محبوب لديه	1.90	63.33	-0.781	0.440	1.58	52.50	-3.597	0.001
الجميع		2.04	68.12	0.579	0.566	1.73	57.60	-3.254	0.002

قيمة t الجدولية عند درجة حرية "39" ومستوى دلالة 0.05 تساوي 2.02

تحليل فقرات المجال الثالث : عدم الاتساق

تم استخدام اختبار t للعينة الواحدة والنتائج مبينة في ملحق رقم (4) والذي يبين آراء أفراد العينة في الفقرات المتعلقة بالتقبل كما يعاملوهم والديهم كما يلي:

1- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " ينسى بسرعة بعض أوامره أو تعليماته التي كان قد أصدرها " 65.00% والوزن النسبي لمعاملة الأم 60.83%.

2- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يعاقبني أحيانا على عمل شئ ما ويتجاهله في اليوم التالي " 79.16% والوزن النسبي لمعاملة الأم 74.16%.

3- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يسمح لي أحيانا بعمل أشياء كان يعتبرها يوما ما خاطئة " 45.83% والوزن النسبي لمعاملة الأم 49.16%.

4- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يعتمد مسألة إجباري على إتباع أحد أوامره على مزاجه إذا كان معتدل أو غير معتدل " 77.50% والوزن النسبي لمعاملة الأم 59.16%.

5- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يلتزم بالنظم والقواعد عندما تناسبه فقط " 75.00% والوزن النسبي لمعاملة الأم 55.83%.

6- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " كثيرا ما يغير النظم والقواعد التي يأمرني بأتباعها " 75.00% والوزن النسبي لمعاملة الأم 55.00%.

7- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يصر على أن اتبع أمرا معينا في أحد الأيام، لكنه ينسي هذا الأمر في اليوم التالي " 72.50% والوزن النسبي لمعاملة الأم 67.50%.

8- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يغير تعليماته وأوامره ليجعل الأشياء أسهل بالنسبة له " 70.83% والوزن النسبي لمعاملة الأم 72.50%.

وبصفة عامة يتبين أن المتوسط الحسابي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في جميع فقرات المجال الثالث (عدم الاتساق) "2.10 "والوزن النسبي يساوي" 70.10%" ، كما بلغ المتوسط الحسابي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأم في جميع فقرات المجال الثاني (عدم الاتساق) "1.85" و الوزن النسبي يساوي " 61.77%" ويتبين أن معاملة الأم كانت اقل من معاملة الأب في مجال عدم الاتساق.

ملحق رقم (4)

المجال الثالث (عدم الاتساق)

الفقرة	محتوى الفقرة	الآباء				الأمهات			
		الوسط الحسابي	الوزن النسبي	قيمة t	مستوى الدلالة	الوسط الحسابي	الوزن النسبي	قيمة t	مستوى الدلالة
3	ينسى بسرعة بعض أوامره أو تعليماته التي كان قد أصدرها	1.95	65.00	-0.350	0.728	1.83	60.83	-1.639	0.109
14	يعاقبني أحيانا على عمل شئ ما ويتجاهله في اليوم التالي	2.38	79.16	3.063	0.004	2.23	74.16	1.940	0.060
23	يسمح لي أحيانا بعمل أشياء كان يعتبرها يوما ما خاطئة	1.38	45.83	-6.296	0.000	1.48	49.16	-4.640	0.000
32	يعتمد مسألة إجباري على إتباع أحد أوامره على مزاجه إذا كان معتدل أو غير معتدل	2.33	77.50	2.816	0.008	1.78	59.16	-1.854	0.071
41	يلتزم بالنظم والقواعد عندما تناسبه فقط	2.25	75.00	1.955	0.058	1.68	55.83	-2.962	0.005
50	كثيرا ما يغير النظم والقواعد التي يأمرني بأتباعها	2.25	75.00	1.955	0.058	1.65	55.00	-3.009	0.005
59	يصر على أن اتبع أمرا معينا في أحد الأيام، لكنه ينسي هذا الأمر في اليوم التالي	2.18	72.50	1.361	0.181	2.03	67.50	0.190	0.850
66	يغير تعليماته وأوامره ليجعل الأشياء أسهل بالنسبة له	2.13	70.83	0.927	0.360	2.18	72.50	0.333	0.741
الجميع		2.10	70.10	1.500	0.142	1.85	61.77	-1.495	0.143

قيمة t الجدولية عند درجة حرية "39" ومستوى دلالة 0.05 تساوي 2.02

تحليل فقرات المجال الرابع : التساهل

تم استخدام اختبار t للعينة الواحدة والنتائج مبينة في ملحق رقم (5) والذي يبـين آراء أفـراد العينة في الفقرات المتعلقة بالتقبل كما يعاملوهم والديهم كما يلي:-

1- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " لا يحاول فـي كثيـر مـن الأحيان اكتشاف أخطائي " 65.83% والوزن النسبي لمعاملة الأم 65.00%.

2- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " لا يهتم كثيـرا بأخطـائي " 56.66% والوزن النسبي لمعاملة الأم 55.83%.

3- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " لا يطـالبني كثيـراً بعمـل واجبي المنزلي " 65.00% والوزن النسبي لمعاملة الأم 59.16%.

4- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " لا يتحقق من أننـي عملـت الأشياء التي طلبها مني أم لا " 58.33% والوزن النسبي لمعاملة الأم 60.00%.

5- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " قلما يطلب مني بإلحاح عمل أي شئ " 68.33% والوزن النسبي لمعاملة الأم 65.00%.

6- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " لا يرغمني على التزام قواعد أو نظم محددة " 67.50% والوزن النسبي لمعاملة الأم 72.50%.

7- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " لا يهتم كثيراً إذا لـم أعمـل أشياء كان قد كلفني بها " 59.16% والوزن النسبي لمعاملة الأم 62.50%.

8- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " لا يعاقبني أحيانا علي أخطاء ارتكبتها معه " 56.66% والوزن النسبي لمعاملة الأم 66.66%.

وبصفة عامة يتبين أن المتوسط الحسابي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب فـي جميـع فقـرات المجال الرابع (التساهل) " 1.87" و الوزن النسبي يساوي " 62.18%" ، كما بلغ المتوسط الحسابي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأم في جميع فقرات المجال الرابع (التساهل) " 1.90" و الوزن النسبي يساوي "63.33 %" ويتبين أن معاملة الأم كانت متقاربة مع معاملة الأب في مجال التساهل.

ملحق رقم (5)

المجال الرابع(التساهل)

الفقرة	محتوى الفقرة	الآباء				الأمهات			
		الوسط الحسابي	الوزن النسبي	قيمة t	مستوى الدلالة	الوسط الحسابي	الوزن النسبي	قيمة t	مستوى الدلالة
5	لا يحاول في كثير من الأحيان اكتشاف أخطائي	1.98	65.83	-0.190	0.850	1.95	65.00	-0.374	0.711
15	لا يهتم كثيرا بأخطائي	1.70	56.66	-2.306	0.027	1.68	55.83	-2.962	0.005
24	لا يطالبني كثيراً بعمل واجبي المنزلي	1.95	65.00	-0.374	0.711	1.78	59.16	-1.651	0.107
33	لا يتحقق من أنني عملت الأشياء التي طلبها مني أم لا	1.75	58.33	-1.818	0.077	1.80	60.00	-1.669	0.103
42	قلما يطلب مني بإلحاح عمل أي شئ	2.05	68.33	0.443	0.660	1.95	65.00	-0.388	0.700
51	لا يرغمني على التزام قواعد أو نظم محددة	2.03	67.50	0.177	0.860	2.18	72.50	1.418	0.164
60	لا يهتم كثيراً إذا لم أعمل أشياء كان قد كلفني بها	1.78	59.16	-1.711	0.095	1.88	62.50	-1.000	0.323
67	لا يعاقبني أحيانا علي أخطاء ارتكبتها معه	1.70	56.66	-2.306	0.027	2.00	66.66	0.000	1.000
الجميع		1.87	62.18	-1.839	0.073	1.90	63.33	-1.502	0.141

قيمة t الجدولية عند درجة حرية "39" ومستوى دلالة 0.05 تساوي 2.02

تحليل فقرات المجال الخامس : التساهل الشديد

تم استخدام اختبار t للعينة الواحدة والنتائج مبينة في ملحق رقم (6) والذي يبـين آراء أفـراد العينة في الفقرات المتعلقة بالتقبل كما يعاملوهم والديهم كما يلي:

1- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " متساهل معـي " 64.16% والوزن النسبي لمعاملة الأم 78.33%.

2- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يصفح عني بسهوله عنـدما أرتكب خطأ " 55.83% والوزن النسبي لمعاملة الأم 70.83%.

3- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة "لا يـرفض لـي أي طلـب " 59.16% والوزن النسبي لمعاملة الأم 69.16%.

4- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يصفح عني بسهولة عنـدما أعمل شيئا ما خطأ " 56.66% والوزن النسبي لمعاملة الأم 64.16%.

5- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يسمح لي بالـسهر خـارج البيت بعد إلحاح " 52.50% والوزن النسبي لمعاملة الأم 52.50%.

6- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " لا يصر على أن أطيعـه إذا أظهرت احتجاجا " 61.66% والوزن النسبي لمعاملة الأم 65.83%.

7- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " أستطيع أن أحدثـه بطريقـة غير مفهومة إذا كنت اشتكي له " 53.33% والوزن النسبي لمعاملة الأم 53.33%.

وبصفة عامة يتبين أن المتوسط الحسابي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب فـي جميـع فقـرات المجال الخامس (التساهل الشديد) " 2.10" و الوزن النسبي يساوي " 70.00%" ، كما بلـغ المتوسط الحسابي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأم في جميع فقرات المجال الخـامس (التـساهل الشديد) " 2.60" و الوزن النسبي يساوي "86.66 %" ويتبين أن معاملة الأم كانت أكثـر من معاملة الأب في مجال التساهل الشديد.

ملحق رقم (6)

المجال الخامس (التساهل الشديد)

الفقرة	محتوى الفقرة	الآباء				الأمهات			
		الوسط الحسابي	الوزن النسبي	قيمة t	مستوى الدلالة	الوسط الحسابي	الوزن النسبي	قيمة t	مستوى الدلالة
6	متساهل معي	1.93	64.16	-0.595	0.555	2.35	78.33	2.876	0.006
16	يصفح عني بسهوله عندما أرتكب خطأ	1.68	55.83	-2.690	0.010	2.13	70.83	1.094	0.281
25	لا يرفض لي أي طلب	1.78	59.16	-1.854	0.071	2.08	69.16	0.723	0.474
34	يصفح عني بسهولة عندما أعمل شيئا ما خطأ	1.70	56.66	-2.762	0.009	1.93	64.16	-0.621	0.538
43	يسمح لي بالسهر خارج البيت بعد إلحاح	1.58	52.50	-3.597	0.001	1.58	52.50	-3.306	0.002
52	لا يصر على أن أطيعه إذا أظهرت احتجاجا	1.85	61.66	-1.183	0.244	1.98	65.83	-0.216	0.830
61	أستطيع أن أحدثه بطريقة غير مفهومة إذا كنت اشتكي له	1.60	53.33	-3.122	0.003	1.60	53.33	-3.399	0.002
الجميع		2.10	70.00	0.892	0.378	2.60	86.66	6.000	0.000

قيمة t الجدولية عند درجة حرية "39" ومستوى دلالة 0.05 تساوي 2.02

تحليل فقرات المجال السادس : تلقين القلق الدائم.

تم استخدام اختبار t للعينة الواحدة والنتائج مبينة في ملحق رقم (7) والذي يبين آراء أفراد العينة في الفقرات المتعلقة بتلقين القلق الدائم كما يعاملوهم والديهم كما يلي:

1- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يقلق على مستقبلي لأنه يبالغ في الاهتمام بأخطائي " 78.33% والوزن النسبي لمعاملة الأم 86.66%.

2- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يبعد عني أحيانا عندما لا يوافقني على أمر ما " 75.00% والوزن النسبي لمعاملة الأم 62.50%.

3- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " عندما أعمل شيئا ما يسئ إليه ويكلمني بصوت جاف " 84.16% والوزن النسبي لمعاملة الأم 70.83%.

4- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يصبح أقل مودة وصداقة معي عندما أخالفه في الرأي " 80.00% والوزن النسبي لمعاملة الأم 70.83%.

5- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يبتعد عني و يتجنبي تماما عندما أخيب ظنه في " 77.50% والوزن النسبي لمعاملة الأم 69.16%.

6- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يبتعد عني ولا يكلمني إذا أيدت وجهة نظر شخص آخر غيره أثناء نقاش بينهما " 89.16% والوزن النسبي لمعاملة الأم 79.16%.

7- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة "إذا جرحت مشاعره يقاطعني ولا يتكلم معه حتى أعتذر له "82.50% والوزن النسبي لمعاملة الأم 71.66%.

8- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة "عندما أضايقه يقاطعني تماما ولا يكلمني حتى أصلح خطئي " 74.16% والوزن النسبي لمعاملة الأم 63.33%.

وبصفة عامة يتبين أن المتوسط الحسابي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في جميع فقرات المجال السادس (تلقين القلق الدائم) " 2.40" و الوزن النسبي يساوي" 80.10%" ، كما بلغ المتوسط الحسابي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأم في جميع فقرات المجال الخامس (التساهل الشديد) "2.15 " والوزن النسبي يساوي"71.77 %" ويتبين أن معاملة الأم كانت اقل من معاملة الأب في مجال تلقين القلق الدائم .

ملحق رقم (7)

المجال السادس(تلقين القلق الدائم)

الففرة	محتوى الففرة	الآباء				الأمهات			
		الوسط الحسابي	الوزن النسبي	قيمة t	مستوى الدلالة	الوسط الحسابي	الوزن النسبي	قيمة t	مستوى الدلالة
7	يقلق على مستقبلي لأنه يبالغ في الاهتمام بأخطائي	2.35	78.33	3.163	0.003	2.60	86.66	5.649	0.000
18	يبعد عني أحيانا عندما لا يوافقني على أمر ما	2.25	75.00	2.130	0.040	1.88	62.50	-1.152	0.256
27	عندما أعمل شيئا ما يسئ إليه ويكلمني بصوت جاف	2.53	84.16	4.640	0.000	2.13	70.83	0.961	0.342
36	يصبح أقل مودة وصداقة معي عندما أخالفه في الرأي	2.40	80.00	3.252	0.002	2.13	70.83	1.000	0.323
45	يبتعد عني و يتجنبي تماما عندما أخيب ظنه في	2.33	77.50	2.690	0.010	2.08	69.16	0.595	0.555
54	يبتعد عني ولا يكلمني إذا أيدت وجهة نظر شخص آخر غيره أثناء نقاش بينهما	2.68	89.16	6.936	0.000	2.38	79.16	3.553	0.001
63	إذا جرحت مشاعره يقاطعني ولا يتكلم معه حتى أعتذر له	2.48	82.50	4.198	0.000	2.15	71.66	1.183	0.244
70	عندما أضايقه يقاطعني تماما ولا يكلمني حتى أصلح خطئي	2.23	74.16	1.651	0.107	1.90	63.33	-0.892	0.378
الجميع		2.40	80.10	6.330	0.000	2.15	71.77	2.294	0.027

قيمة t الجدولية عند درجة حرية "39" ومستوى دلالة 0.05 تساوي 2.02

تحليل فقرات المجال السابع :انسحاب العلاقة

تم استخدام اختبار t للعينة الواحدة والنتائج مبينة في ملحق رقم (8) والـذي يبـين آراء أفـراد العينة في الفقرات المتعلقة بانسحاب العلاقة كما يعاملوهم والديهم كما يلي:

1- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يقاطعني ولا يـتكلم معـي عندما أضايقه " 84.16% والوزن النسبي لمعاملة الأم 72.50%.

2- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يبعد عني أحيانـا عنـدما لا يوافقني على أمر ما " 77.50% والوزن النسبي لمعاملة الأم 64.16%.

3- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة "عندما أعمل شيئا ما يسئ إليه ويكلمني بصوت جاف " 90.00% والوزن النسبي لمعاملة الأم 80.83%.

4- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يصبح أقل مـودة وصـداقة معي عندما أخالفه في الرأي " 75.83% والوزن النسبي لمعاملة الأم 60.00%.

5- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يبتعد عني و يتجنبي تمامـا عندما أخيب ظنه في " 85.83% والوزن النسبي لمعاملة الأم 75.00% .

6- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " يبتعد عنـي ولا يكلمنـي إذا أبدت وجهة نظر شخص آخر غيره أثناء نقاش بينهما " 78.33% والوزن النسبي لمعاملـة الأم 55.00%.

7- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " إذا جرحت مشاعره يقاطعني ولا يتكلم معه حتى أعتذر له " 89.16% والوزن النسبي لمعاملة الأم 82.50%.

8- بلغ الوزن النسبي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب في الفقرة " عندما أضايقه يقاطعني تماما ولا يكلمني حتى أصلح خطئي " 85.83% والوزن النسبي لمعاملة الأم 77.50%.

وبصفة عامة يتبين أن المتوسط الحسابي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأب فـي جميـع فقـرات المجال السادس (انسحاب العلاقة) "2.50 " و الوزن النسبي يساوي " 83.33%" ، كمـا بلـغ المتوسط الحسابي لآراء أفراد العينة لمعاملة الأم في جميع فقرات المجال الخـامس (انـسحاب العلاقة) " 2.13" و الوزن النسبي يساوي " 70.93%" ويتبين أن معاملة الأم كانت اقل من معاملة الأب في مجال انسحاب العلاقة .

ملحق رقم (8)

المجال السابع (انسحاب العلاقة)

الفقرة	محتوى الفقرة	الآباء: الوسط الحسابي	الآباء: الوزن النسبي	الآباء: قيمة t	الآباء: مستوى الدلالة	الأمهات: الوسط الحسابي	الأمهات: الوزن النسبي	الأمهات: قيمة t	الأمهات: مستوى الدلالة
9	يقاطعني ولا يتكلم معي عندما أضايقه	2.53	84.16	5.547	0.000	2.18	72.50	1.639	0.109
18	يبعد عني أحيانا عندما لا يوافقني على أمر ما	2.33	77.50	2.690	0.010	1.93	64.16	-0.595	0.555
27	عندما أعمل شيئا ما يسئ إليه ويكلمني بصوت جاف	2.70	90.00	7.851	0.000	2.43	80.83	3.981	0.000
36	يصبح أقل مودة وصداقة معي عندما أخالفه في الرأي	2.28	75.83	2.054	0.047	1.80	60.00	-1.669	0.103
45	يبتعد عني و بتجنبي تماما عندما أخيب ظنه في	2.58	85.83	5.107	0.000	2.25	75.00	2.236	0.031
54	يبتعد عني ولا يكلمني إذا أيدت وجهة نظر شخص آخر غيره أثناء نقاش بينهما	2.35	78.33	2.876	0.006	1.65	55.00	-3.009	0.005
63	إذا جرحت مشاعره يقاطعني ولا يتكلم معه حتي أعتذر له	2.68	89.16	6.936	0.000	2.48	82.50	4.198	0.000
70	عندما أضايقه يقاطعني تماما ولا يكلمني حتى أصلح خطئي	2.58	85.83	5.107	0.000	2.33	77.50	3.134	0.003
الجميع		2.50	83.33	7.448	0.000	2.13	70.93	2.131	0.039

قيمة t الجدولية عند درجة حرية "39" ومستوى دلالة 0.05 تساوي 2.02

ونلاحظ من خلال تحليل فقرات أبعاد المقياس السبعة أن أفراد العينة بينت اتجاهات ايجابية نحو الوالدين ،كما أظهر التحليل اتجاهات أكثر ايجابية من أفراد العينة نحو الأم،على أبعـاد التقبـل والرفض وعدم الاتساق،وكانت النتائج متقاربة في بعد التساهل،أما في بعد التساهل الشديد فكانت الأم متساهلة أكثر من الأب وكذلك في بعدي تلقين القلق الدائم وانسحاب العلاقة كانت الأم أقـل تلقين للقلق وانسحاب العلاقة من الأب.

يتبين لنا مما سبق أن أراء أفراد العينة على جميع الأبعاد كانت بشكل عـام اتجاهـات ايجابيـة ومقارنــة بــالأم كانــت كمــا أظهــر التحليــل أكثــر ايجابيــة وتقبــل مــن الأب .

Results:

1- There are significant variations in parental attitudes among the control level($\alpha = 0.05$ group of healthy individuals and schizophrenic group at significance

2- There are no statistically significant variations in parental attitudes for

schizophrenics can be attributed to sex variable at significance level ($\alpha = 0.05$)

3- There are no statistically significant variations at significance level ($\alpha = 0.05$)in parental attitudes can be attributed to age variable .

4- There are no statistically significant variations at significance level ($\alpha = 0.05$) in parental attitudes can be attributed to Social status Variable .

5- There are no statistically significant variations at significance level ($\alpha = 0.05$) in parental attitudes can be attributed to Citizenship Variable .

6-There are no statistically significant variations at significance level ($\alpha = 0.05$) in parental attitudes can be attributed to residence Variable .

7- There are no significant variations between in-patient and out-patient schizophrenics at significance level ($\alpha = 0.05$)

8-There are no statistically significant variations at significance level ($\alpha = 0.05$) in parental attitudes can be attributed to educational level Variable .

9- There are no significant variations at significance level(a=0.05) in parental attitudes for schizophrenics among father and mothers from the viewpoint of their sons & daughters .

This study recommended to take high consideration to this group of patients, and to provide the required psychosocial support for them through establishing programs take care of them and help in their reintegration in the community.

conducting seminars and training course for the patients families to be aware how to deal with their mentally ill sons

identifying the negative consequences of some bad rearing practices that may affect on the personality a behavior of their children and to isolate them.

Abstract

The current study aimed to explore the differences in parental attitudes between schizophrenic patients and normal people, and aimed to identify the parental attitudes for the schizophrenic in association to some variables as age ,sex ,residence ,educational level, social status and residency and if he is in patient or out patient. And the view of sons daughters in their parents rearing practices on seven dimensions of Schaefer's parental behavior inventory scale ,prepared by DR . Salah abo Nahia .and aimed to acquire the parents educational experiences related the principles of dealing with schizophrenics to participate in their therapy ,and to modify their maladaptive behavior, according to well structured and goal directed program ,that take concern in the methods of parental dealing with their schizophrenics sons and daughters.

Sample and method :-

The researcher used descriptive analytical approach by studying the phenomena as it is naturally occurring.

The researcher standardized the items of the instrument to ensure of its reliability and validity as the following:-

-Validity of the instrument items :The instrument is standardized according to the Palestinian culture buy Dr .Salah Abu Nahia. The researcher applied all the changes suggested by the supervisor after recording it in a model prepared for this purpose .So the instrument was placed in its final form to be applied on the pilot sample .

The instrument consisted of 72 items measures seven dimensions of parental attitudes (Acceptance - Denial – lack of consistency – Easiness- sever easiness - persistent evoking of Anxiety –relation ship withdrawal .

Internal consistency validity :-

The researcher adopted the scale used in Quota study (2000)that deduced **from** Schaefer's parental behavioral inventory scale. The researcher calculated the internal consistency for the instrument items on a pilot sample consisted of (50) items ,by calculating the
Coo relational coefficient between each item and the total degree of its related part.

The reliability of the instrument was confirmed using split half-coefficient and Corenbach Alfa, The degree reliability was high for all items. This questionnaire was completed by (40) Schizophrenic in and out patients from the psychiatric hospital in Gaza . The same version was also completed by (50) healthy individuals as control group.

Islamic University-Gaza
Dean of Higher Studies
Faculty of Education
Psychology Department

"The Parental Attitudes of The Schizophrenic Patients In Gaza Strip And Its Association To Some Variables ".

Thesis Submitted For Master Degree

By

Nabil Jouda

Supervisor

Prof. Samir Quota

Thesis Submitted to Faculty of Education in the Islamic University For the Master Degree in Mental Health .

2008